

Pasi Juka

Syrjäytyneiden tai syrjäytymisvaarassa olevien nuorten osallisuus perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluissa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Sairaanhoitotyön tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

14.5.2018

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Pasi Juka Syrjäytyneiden tai syrjäytymisvaarassa olevien nuorten osallisuus perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluissa 36 sivua + 3 liitettä 14.05.2018
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Sairaanhoitotyön tutkinto-ohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoitaja
Ohjaaja(t)	lehtori, sh, TtM, Marianne Sipilä lehtori, sh, TtM, Niina Eklöf
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata syrjäytyneiden tai syrjäytymisvaarassa olevien nuorten osallisuutta perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluissa. Opinnäytetyön tavoitteena on edistää ja vahvistaa syrjäytyneiden tai syrjäytymisvaarassa olevien nuorten osallisuutta perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluissa. Opinnäytetyö on osa Motiivi-hanketta.</p> <p>Aineistonhaku tuotti PubMed, Cinahl ja Psycinfo -tietokannoista yhteensä 323 hakutulosta, joista varsinaiseksi tutkimusaineistoksi valikoitu 6 artikkelia. Kaikki artikkelit ovat kansainvälisiä tutkimusartikkeleita, ja aineisto koostuu hoitotieteellisten artikkelien lisäksi sosiaali- ja psykologiatieteen tutkimusartikkeleista. Aineisto analysoitiin hyödyntäen deduktiivisen sisällyönanalyysin menetelmiä, ja esille nousseita tuloksia testattiin jo olemassa olevaan osallisuuden malliin. Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmin.</p> <p>Osallisuuden malli muodostuu osista belonging, having ja acting. Belonging-osioon liittyvät tulokset sisältävät tekijöitä hoidon sosiaalisista ja asenteellisista esteistä, nuoren ja ammattilaisen välisestä hoitosuhteesta ja vuorovaikutuksesta, perheen merkityksestä hoitoon, sekä vertaistuen merkityksestä. Having-osioon liittyvät tulokset koskevat käytettyjä hoitointerventioita ja -menetelmiä, palvelujärjestelmää tai hoidon jatkuvuutta, yhteiskunnan ja organisaatioiden rakenteita ja taloudellista tukea, sekä yksittäisen terveydenhuollon ammattilaisen ominaisuuksia ja taitoja. Acting-osioon liittyvät tulokset koostuvat nuoren tiedonsaannin tarpeesta, nuorten halusta osallistua päätöksentekoon ja vaikuttaa omaan hoitoonsa, nuoren oman käyttäytymisen ja asenteen merkityksestä hoitoon sitoutumiseen, tavoitteiden asettamisesta ja kotitehtävien teosta, nuorten tarpeesta kokea omaa pätevyyttä ja vapautta tuomitsevuudesta, sekä osallisuuden toteutumisen yhteydestä hoidon jatkuvuuteen.</p> <p>Aiheesta löytyi vähän hoitotieteellistä tutkimusta, mikä itsessään luo tarpeen juuri tämän aiheen tutkimukselle. Mielenterveyteen, nuoriin ja syrjäytymiseen liittyvät kysymykset ovat yhteiskunnallisesti ajankohtaisia ja tärkeitä aiheita nyt ja tulevaisuudessa, huomioiden myös Suomen hyvinvointiyhteiskunnan murros. Terveystieteen ja hoitotieteen tutkimuslaitosten ammattilaiset voivat tämän työn tulosten valossa olla yhtenä toimijana muiden joukossa ehkäisemässä nuorten syrjäytymistä ja palvelujärjestelmän ulkopuolelle jäämistä, ja olla edistämässä nuorten osallisuutta perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluihin.</p>	
Avainsanat	syrjäytyminen, nuoret, mielenterveys, osallisuus, perusterveydenhuolto, mielenterveyspalvelut; kirjallisuuskatsaus

Author(s) Title Number of Pages Date	Pasi Juka Participation of Excluded Young People in Mental Health Services in Primary Health Care 36 pages + 3 appendices 14 May 2018
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	lecturer, RN, M.Sc., Marianne Sipilä lecturer, RN, M.Sc., Niina Eklöf
<p>The purpose of this thesis is to describe participation of excluded young people in mental health services in primary health care. The aim of the thesis is to promote and strengthen participation of excluded young people in mental health services in primary health care. The thesis is part of the Motiivi project.</p> <p>The data search produced a total of 323 search results from PubMed, Cinahl and Psycinfo databases, from which 6 articles were selected as the actual research material. All the articles were international research articles, and the material consisted of articles in the field of nursing science and also social and psychological sciences. The material was analyzed using the methods of deductive content analysis, and the results that emerged from the material were tested in an already existing model of participation. The thesis was carried out utilizing the methods of descriptive literature review.</p> <p>The model of participation consists of parts called Belonging, Having and Acting. The results related to the Belonging section included factors of social and attitudinal barriers to care, the relationship and interaction between the young and the professionals, the importance of the family and the importance of peer support. The outcomes related to the Having part concern used therapeutic interventions and methods, the service system or continuity of care, the structures and financial support of society and organizations as well as the characteristics and skills of an individual healthcare professional. The results of the Acting section consisted of the need for young people to get information, young people's desire to participate in decision making and their own care, the importance of young people's behavior and attitudes towards commitment to care, setting goals and doing homework assignments, the need for young people to experience their own competence and freedom of condemnation.</p> <p>There was little research on nursing science of this subject, which in itself creates the need for new research. Issues related to mental health, youth and exclusion are socially topical and important issues now and in the future. The findings of this thesis are important because public health care and an individual health care professional can possibly act in the important role of preventing dropping out and social exclusion of young people.</p>	
Keywords	social exclusion, young people, mental health, participation, primary health care, mental health services; literature review

Sisällys

1	Johdanto	2
2	Teoreettinen tausta ja keskeiset käsitteet	3
2.1	Syrjäytynyt tai syrjäytymisvaarassa oleva nuori	3
2.2	Mielenterveys	5
2.3	Perusterveydenhuolto ja mielenterveyspalvelut	6
2.4	Osallisuus	9
3	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	12
4	Toteutus	12
4.1	Kirjallisuuskatsaus	12
4.2	Aineiston keruu	13
4.3	Aineiston analysointi	15
5	Eettisyys	16
6	Luotettavuus	17
7	Tulokset	21
7.1	Belonging - yhteenkuuluvuus ja sosiaaliset suhteet	22
7.2	Having - aineelliset resurssit	24
7.3	Acting - aktiivinen toimijuus, päätöksenteko	26
8	Pohdinta	28
8.1	Tulosten tarkastelua, johtopäätökset	28
8.2	Opinnäytetyö ammatillisen kasvun edistäjänä ja sovellettuna käytännön työelämään	29
	Lähteet	33
	Liitteet	
	Liite 1. Aineistonhaun toteutuksen kuvaus	
	Liite 2. Tutkimusten kuvailu	
	Liite 3. Tulosten testaaminen osallisuuden kolmiosaiseen malliin	

1 Johdanto

Hyvinvoinnin taso on Suomessa viime vuosikymmenten aikana kohentunut ja monelta osin parantunut, mutta toisaalta samaan aikaan jakautunut yhä eriarvoisemmin ja epätasaisemmin. Hyväosaisuus kasautuu ja ilmenee korkeina tuloina ja koulutuksena, terveytenä sekä pitkänä ja onnellisempaa elämästä verrattuna huono-osaisiin. Myös huono-osaisuus on kertautuvaa ja kasautuvaa: pienet tulot, matala koulutus, fyysisen ja psyykkisen terveyden ongelmat, vuosia lyhyempi elinajanodote sekä vähäisempi koettu onnellisuus ovat niveltyneet toisiinsa. (Kangas 2012: 52.)

Huono-osaisten nuorten kohdalla puhutaan usein syrjäytymisestä tai ainakin sen riskistä. Syrjäytymisen käsite on hyvin monitahoinen ja vaikea määritellä yksiselitteisesti, mutta ennen kaikkea sillä pyritään kuvaamaan nykyaikaisia, yhteiskunnallisen huono-osaisuuden eri ilmenemismuotoja. Syrjäytymisessä on lyhyesti kyse joutumisesta yhteiskunnallisten vaikuttamismahdollisuuksien ulkopuolelle, eli osallistumasta tavanomaiseen yhteiskunnalliseen toimintaan, kuten työhön, opiskeluun, täysipainoiseen sosiaaliseen kanssakäymiseen ym. Syrjäytyminen voi olla seurausta esimerkiksi mielenterveysongelmista, köyhyydestä, työttömyydestä, päihdeongelmista, koulutuksen puutteesta tai näiden eri yhdistelmistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017; Eräranta – Autio 2008:9, 11, 44.) Syrjäytyminen voidaan nähdä siis osallisuuden vastakohtana, joka voi tarkoittaa näin ollen myös syrjäytymistä terveystalvuluista ja mielenterveystalvuluista ja jopa palvelujärjestelmän ulkopuolelle joutumista.

Yksilön sosiaalisen aseman ja terveydentilan on todettu olevan selvästi kytköksissä toisiinsa, ja tämän yhteyden seuraukset ovat yhteiskunnalle mittava ja haasteellinen ongelma ratkaistavaksi nyt ja tulevaisuudessa. Erityisesti nuorten mielenterveyden riskitekijöihin kuuluu myös muita huono-osaisuuteen yhteydessä olevia asioita, kuten esimerkiksi syrjäytyminen, päihteidenkäyttö, huonot sosiaaliset suhteet sekä ongelmat perheessä. (Rotko – Hannikainen-Ingman – Murto – Kauppinen – Mustonen 2014: 96; THL 2018.)

Tämä opinnäytetyö on osa Motiivi-hanketta, jossa Metropolia Ammattikorkeakoulu on yksi päätoimijoista. Motiivi-hankkeessa tarkoituksena on koota jo olemassa olevia nuorten tulevaisuustyöskentelyn menetelmiä yhteen ja kehittää uusia toimintamalleja. Hankkeen kohderyhmänä ovat työelämän ulkopuolella olevat tai työttömät 16-29 -vuotiaat

nuoret. Hankkeen tarkoituksessa ja teemoissa korostuvat erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon sektorien lähentyminen ja aikaisempaa tiiviimmän ja tehokkaamman yhteistyön hyödyntäminen, johon myös tämä opinnäytetyö pyrkii osaltaan vastaamaan. (Metropolia Ammattikorkeakoulu 2017.) Tässä opinnäytetyössä huomio kohdentuu siihen, mitkä tekijät liittyvät syrjäytyneiden tai syrjäytymisvaarassa olevien nuorten osallisuuteen perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluissa, ja miten tätä osallisuutta voidaan edistää ja vahvistaa.

2 Teoreettinen tausta ja keskeiset käsitteet

2.1 Syrjäytynyt tai syrjäytymisvaarassa oleva nuori

Ihmisen kehitykseen ja erityisesti nuoruuteen kuuluu aina kehon fyysisen kehityksen lisäksi psyykkistä ja sosiaalista kasvua ja kehittymistä. Sen lisäksi, että jokainen nuori ihminen on yksilö ja kehittyy omaan tahtiin omista yksilöllisistä ominaisuuksista riippuen, voivat myös erilaiset yksilölliset, ympäristö- ja kulttuuritekijät sekä yhteiskunnalliset tekijät eri ulottuvuuksineen olla joko hidasteena tai riskinä (kts. esim. THL 2016a), tai vaihtoisesti joko suojaamassa ja edistämässä kehitystä (kts. esim. Mäkelä 2015; THL 2015a).

Nuoren tai nuoruuden määrittely tai rajaaminen johonkin tiettyyn ja tarkkaan ikävaiheeseen on haastavaa. Nuoruutta voidaan tarkastella hyvin eri näkökulmista, eri mittareilla mitattuna, ja eri tieteenalojen näkökulmista (esim. Aalto-Setälä – Marttunen 2007: 207-208). Tämän lisäksi esimerkiksi Yhdistyneet kansakunnat on maailmanlaajuisesti määrittänyt nuoret-termin kattamaan kaikki 15-24 -vuotiaat ihmiset (Pihlajamaa 2017.) Myös Suomen valtion lainsäädäntö luo omat määreensä nuorille henkilöille, esimerkiksi nuorisolaki (1285/2016 § 3) määrittää nuoriksi kaikki alle 29-vuotiaat henkilöt. Kuten edeltä voidaan huomata, laveimmillaan nuoruus voidaan siis lukea alkamaan noin 12-13 ikävuoden tienoilta varhaisnuoruudesta ja jatkumaan aina lähes 30. ikävuoteen saakka. Toisaalta nuoruusikä voidaan pilkkoa ja jaotella pienempiin osuuksiin, esimerkiksi varhaisnuoruuteen, keskinuoruuteen ja myöhäisnuoruuteen (Marttunen – Karlsson 2013: 8).

Motiivi-hanke, johon myös tämä opinnäytetyö kuuluu, rajaa puolestaan nuoret käsitteenä ikävuosien 16. ja 29. välille. (Metropolia Ammattikorkeakoulu 2017). Motiivi-hankkeen ikärajaus on perusteltu sillä, että 16. ikävuoden kohdalle ajoittuu monen nuoren kohdassa elämän kehityskulun kannalta merkittävä nivelvaihe; peruskoulu päättyy ja vaihtoehtona on joko siirtyä työelämään, jatkaa toisen asteen koulutukseen, tai vaihtoehtoisesti jäädä kummankin ulkopuolelle. Opinnäytetyön teoriatausta, aikaisempi tieto ja varsinainen tutkimusaineisto on pyritty kokoamaan tämän ikärajauspuiteissa, sekä mukaan on otettu tuon ikämääritelmän ylittävää tai alittavaa tietoa ja aineistoa niin, että sen on todettu olevan opinnäytetyön kokonaisuuden ja asiasisällön kannalta relevanttia ja merkityksellistä.

Nuoruus on kehon fyysisten muutosten lisäksi myös psykologiselta ja sosiaaliselta kannalta hyvin murroksellista aikaa. Kehityspsykologisen näkemyksen mukaan onnistuneeseen aikuisuuteen siirtymiseen kuuluu kyky muodostaa parisuhde ja perhe, ja siten tulla osaksi yhteiskuntaa. (Dunderfelt 2006: 97). Ihminen on perusluonteeltaan sosiaalinen toimija, yksilöllisistä tekijöistä riippuen enemmän tai vähemmän, mutta tämä tarve ohjaa ihmistä sosiaaliseen vuorovaikutukseen muiden ihmisten kanssa, muodossa tai toisessa. Sosiaaliset suhteet, niin parisuhde kuin perhekin, antavat yksilölle niin sanottua sosiaalista pääomaa ja voimia, sekä tuovat elämään merkityksellisyyden tunnetta. (Nurmi ym. 2006: 204-205.)

Lapsen ja nuoren kehitys tasapainoiseksi ja vastuulliseksi aikuiseksi vaatii pitkän kehityksen, ja ennen kaikkea tukea kehitykseen lähipiirin aikuisilta; ensisijaisesti vanhemmilta ja muilta sosiaalisen lähipiirin aikuisilta, mutta myös sosiaali- ja terveydenhuollon, sekä kasvatusta- ja opetushenkilöstöön kuuluvilta aikuisilta, joita lapsi ja nuori kohtaa elämänsä varrella. Syrjäytymisen ehkäisystä puhuttaessa lapsi ja nuori voi kaivata apua sosiaalisten suhteiden luomisessa jo päiväkotia- ja kouluiässä, sillä aina suhteiden luonti ikätovereihin ei ole mutkatonta. Toinen koulu- ja opiskeluelämään liittyvä haaste ovat oppimisvaikeudet, jotka olisi tärkeä tunnistaa mahdollisimman ajoissa, jotta kehitystä voitaisiin tukea ja auttaa oikeilla tavoilla. Syrjäytymisvaarassa olevista nuorista puhuttaessa poikien osuus on suurempi kuin tyttöjen, ja tämä selittyy osin kehityksellisellä seikalla, sillä pojat ovat keskimäärin tyttöjä yhden vuoden jäljessä kehityksestään yläasteikässä ja sen jälkeen. Erityisesti pojilla, mutta myös tytöillä, kehityksellinen riski syrjäytymisen kannalta liittyy peruskoulun päättämiseen ja jatko-opiskelupaikan saamiseen tai vaihtoehtoisesti väliinpuutoamiseen. Esimerkiksi psykiatrisen hoidon tuloksellisuutta tutkittaessa on

todettu nuorten kohdalla, että peruskoulun päättötodistuksen arvosanat ovat keskimäärin yhteydessä hyvään hoitoennusteeseen. (Pernaa 2014.)

Edellä kuvattujen myönteisten ja merkityksellisten sosiaalisten suhteiden voidaan siis todeta sekä tukevan hyvää mielenterveyttä, että myös toimivan yhtenä syrjäytymisriskiä vähentävänä tekijänä. Toisaalta myös työelämä ja opiskelu vaativat yhteenliittymistä ja sosiaalista vuorovaikutusta muiden ihmisten kanssa - eivät ainoastaan parisuhde ja siviilielämän ihmissuhteet. Kognitiivisten ja sosiaalisten taitojen puutteen on todettu vaikuttavan yksilön työllistymismahdollisuuksiin ja jopa palkkakehitykseen negatiivisesti, sekä näillä puutteilla on havaittu myös yhteys aikuisiän terveyden heikkouteen, ja tämän myötä lisäävän sosiaaliturvan varassa elämistä. (Pekkarinen ym. 2015.) Terveydelliseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin kuuluvat asiat ovat hyvin monisyisiä ja nivoutuvatkin usein enemmän tai vähemmän toisiinsa: Niin kuin Hultin, Saaranen ja Pietilän (2017) tutkimusartikkelissa todetaan, hyvään elämänlaatuun ja hyvään työkykyyn kuuluvia tekijöitä ovat elämän merkityksellisyyden kokemuksen lisäksi 45. ikävuoden tai sen alle oleva ikä, naissukupuoli, parisuhteessa eläminen sekä alle 18-vuotiaat lapset itsellä tai omassa perheessä. Lisäksi hyvään työkykyyn vaikuttivat keskimäärin korkea koulutus ja työttömyyden lyhyt kesto. (Hult – Saaranen – Pietilä 2017: 78–79.)

2.2 Mielenterveys

Mielenterveys luo perustan yksilön hyvinvoinnille, toimintakyvylle ja terveydelle. Mielenterveys muodostuu yksilöllisten, yhteisöllisten, kulttuuristen sekä yhteiskunnan rakenteellisten tekijöiden tuloksena. Mielenterveys ei ole staattinen tila vaan se muovautuu elämän varrella monenlaisten tekijöiden vaikutuksesta. Suotuisissa oloissa mielenterveyttä tukevat voimavarat kasvavat, mutta epäsuotuisassa ympäristössä voimavarat saattavat kulua uusiutumista enemmän. Toisaalta, hyvä mielenterveys on kannatteleva ja syrjäytymistä ehkäisevä voimavara, joka auttaa yksilöä kokemaan elämänsä mielekkääksi, solmimaan ja ylläpitämään ihmissuhteita sekä osallistumaan aktiivisesti yhteisönsä toimintaan. (THL 2014a.) Mielenterveyttä suojaaviin tekijöihin luetaan sosiaalinen tuki ja yksilölliset voimavarat, joiden määrä elämän varrella vaihtelee. Vaikka ihminen sairastuisi psyykkisesti, hänellä on yhä voimavaroja joiden tukeminen ja voimaantuminen vahvistavat ihmistä. (Kuhanen – Olttinen – Kanerva – Seuri – Schubert 2013: 19–22.) Nuoren hyvinvoinnin horjuessa arjen rutiinit ja opiskelu hankaloituvat. Pahimmillaan nuoren mielenterveyden häiriöt voivat johtaa opintojen lopettamiseen ja näin työelämästä syrjäytymiseen. (THL 2014b).

Esimerkkinä mielenterveyden ja syrjäytymisen yhteydestä suomalaisilla nuorilla voidaan mainita Kansallinen syntymäkohortti 1987 -tutkimus. Tutkimuksessa seurattiin kaikkia Suomessa vuonna 1987 syntyneitä lapsia aina sikiökaudesta 25 ikävuoteen saakka, eli vuoteen 2012 asti. Ikäluokan nuorista noin joka viides oli 21. vuoteen mennessä saanut lääkityksen mielenterveysongelmiin tai ollut erikoissairaanhoidossa psykiatrisen hoidon piirissä. Peruskoulun jälkeinen tutkinto puuttui ikäluokasta 18,5 prosentilla. Kyseisestä ikäluokasta myös miltei neljäsosa (23 prosenttia) oli turvautunut jossain vaiheessa elämänsä toimeentulotukeen, sekä 25,9 prosentilla ikäluokasta oli merkintä saaduista tuomioista tai lievista rikkomuksista oikeusviranomaisen tai poliisin rekisterissä. (Paananen, Reija – Ristikari, Tiina – Merikukka, Marko – Rämö, Antti – Gissler, Mika 2012: 10.) Nämä tilastot yhdessä syrjäytymisen riskitekijöiden kanssa kertovat koruttomasti ikäluokan sosiaalis-taloudellis-terveydellisestä tilanteesta ja hyvinvoinnista, tai sen puutteesta. Vaikka suurin osa voi hyvin, silti merkittävä joukko voi huonosti ja moninaiset ongelmat kasautuvat pienelle joukolle. Lisäksi mielenterveyden ja syrjäytymisen riskitekijät ovat myös ylisukupolvisia; vanhempien sosiaalis-taloudellis-terveydelliset ongelmat siirtyvät todennäköisesti myös seuraaville sukupolville. (Paananen ym. 2012: 37, 41–42.)

2.3 Perusterveydenhuolto ja mielenterveyspalvelut

Perusterveydenhuollon palveluilla Suomessa tarkoitetaan terveyskeskusten, työterveys-huollon ja yksityisten lääkäriasemien tarjoamia palveluita. Terveyskeskusten toimintaa säätelee sosiaali- ja terveysministeriö sekä lainsäädäntö, ja vielä toistaiseksi niiden palvelutuotantovastuu on kuntien vastuulla, eli ne kuuluvat julkisen terveydenhuollon piiriin. Työterveyshuolto ja siihen sisältyvät palvelut kuuluvat työelämässä mukana oleville aikuisille eivätkä ole muuten saatavilla. Yksityisten lääkäriasemien palveluja voivat teoriassa käyttää kaikki, mutta käytännössä näiden palvelujen käyttö vaatii esimerkiksi hyvää ammatti- ja sosioekonomista asemaa, sillä palvelut ovat usein kalliita. (THL 2017c; Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.) Kuten Helsingin kaupungin laatimasta ja kokoamasta nuorten hyvinvointikertomuksen tilastosta käy ilmi (2018), nuoret ja nuoret aikuiset käyttivät kaksi kertaa todennäköisemmin kunnallisia kuin yksityisiä lääkäripalveluja. Tämän vuoksi perusterveydenhuollon ja julkisen sektorin merkitys ja rooli on yksityistä suurempi, tarkasteltaessa nuorten ja nuorten aikuisten osallisuutta perusterveydenhuollon palveluissa.

Käytännössä siis pienituloiselle, työelämän ulkopuolella olevalle täysi-ikäiselle lähes ainoa mahdollisuus saada perustason terveysterveyspalveluja ovat perusterveydenhuollon terveyskeskukset - tosin näiden saatavuutta ja palveluiden käyttöä voivat myös jarruttaa lain mukaan perityt terveyskeskusten asiakasmaksut. On viitettävä siitä, että terveyskeskusmaksut sekä esimerkiksi lääkemaksut voivat heikentää palvelujen käyttöä aiemmin mainittujen taloudellisten syiden vuoksi, vaikka palvelun tarve olisi olemassa. (THL 2017c; Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.)

Terveyskeskukset tarjoavat palveluja lääkärinvastaanottojen muodossa akuuteista ja pitkäaikaissairauksista kärsiville. Lisäksi on myös hoitajavastaanottoja niin somaattisesti pitkäaikaissairaille, kuin aikuisille mielenterveyspotilaille. Äitiys- ja lastenneuvola, sekä ehkäisyneuvontaa ja seulontatutkimuksia järjestetään osana ennalta ehkäisevää perustason terveydenhuoltoa. Lisäksi terveyskeskuksista saa suun terveydenhuollon palveluja sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa perus-, ammatti- tai lukiokoulutuksessa, tai ammattikorkeakouluissa opiskeleville. Lisäksi palveluvalikoimassa on myös kotisairaanhoidtoa ja päivystystoimintaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.) Kuten voidaan huomata, palveluja on tarjolla paljon ja eri ikä- ja asiakasryhmille, mutta silti eivät kunnalliset palvelut kata kaikkia väestönosia. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan (2017d.) suurimassa vaarassa palvelujen ja tarkastusten ulkopuolelle jäämisessä ovat työttömät ja nuoret, ja tästä päätellen erityisesti työttömät nuoret. Työttömille eivät kuulu esimerkiksi työterveyshuoltojen tarjoamat säännölliset terveystarkastukset, eivätkä esimerkiksi koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon tarkastukset. Myös varusmiespalvelua suorittamat henkilöt eivät pääse siihen kuuluviin tarkastuksiin, ja esimerkiksi miespuoliset ja muut lapsettomat henkilöt eivät kuulu äitiys- ja perheneuvolatoiminnan tarkastusten tai gynekologisten tarkastusten piiriin.

Niin ikään mielenterveystyön valtakunnan tason valvonnasta, suunnittelusta ja ohjauksesta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö, ja mielenterveystyötä lainsäädännöllisesti säätelevät Terveysterveystoimintalaki (1326/2010) sekä Mielenterveystoimintalaki (1116/1990). Yleisesti mielenterveystyön tavoitteina Suomessa on vahvistaa ihmisten mielenterveyttä ja vähentää siihen kohdentuvia uhkia. Mielenterveystyön kirjoon kuuluvat mielenterveyttä edistävä työ, ennaltaehkäisevät palvelut sekä varsinaiset mielenterveyden hoitoon keskittyvät palvelut, jonka järjestäminen on toistaiseksi kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon vastuulla. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintasektorit ovat mielenterveystyössä osin päällekkäisiä, sillä samaan aikaan kun terveydenhuollossa on perustason psykiatrista hoitoa mielenterveys- ja päihdeongelmallisille, sosiaalihuollossa

voidaan tarjota esimerkiksi mielenterveyskuntoutujien asumispalvelua, kuntouttavaa työtoimintaa ja päihdehuollon palveluja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018b.)

Mielenterveyspalveluihin Suomessa kuuluvat esimerkiksi kuntoutuksen palvelut, mielen-terveyden häiriöiden tutkimus ja hoito, kriisitilanteissa annettava psykososiaalinen tuki, sekä ohjaus, neuvonta, että muu tarpeenmukainen tuki. Perusterveydenhuollon avopalvelut ovat ensisijaisia palvelumuotoja, sekä vaativampaa hoitoa tai arviointia on saatavilla erikoissairaanhoidosta joko psykiatrisena sairaalahoitona tai erikoissairaanhoidon psykiatrian poliklinikoilta. Mielenterveyden häiriöissä aikuisilla (yli 23 ikävuotta) on samat ajalliset rajat hoitoon pääsyssä kuin muussa sairaanhoitoa vaativassa hoidossa. Nuorten ja lasten (alle 23 ikävuotta) kohdalla erikoislääkärin on tehtävä kuuden viikon kuluessa arvio ja tutkimukset lähetteen saapumisesta, sekä tarvittava hoito on aloitettava kolmen kuukauden kuluessa hoidon tarpeen toteutamisesta. Lasten ja nuorten mielenterveysongelmiin ehkäisyssä ja mielenterveyden tukemisessa opiskelu- ja kouluterveydenhuolto sekä neuvolat ovat erittäin tärkeässä roolissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018b.) Kuten edeltä voidaan huomata, myös tässä tapauksessa piilee riski palvelujen ulkopuolelle putoamiselle juuri niille nuorille ja nuorille aikuisille, jotka kuuluvat motiivi-hankkeen kohderyhmään ja jotka ovat työ- tai opiskeluelämän ulkopuolella. Kuten aiemmin mainittiin neuvolan rooli lasten ja nuorten mielenterveyden ennaltaehkäisijänä, nuoret miehet erityisesti ovat tässä riskissä jäädä palvelujen ulkopuolelle, sillä miesten voidaan ajatella tarvitsevan keskimäärin naisia vähemmän neuvolapalveluja (vrt. äitiys- ja ehkäisyneuvolapalvelut).

Becker ym. (2016) tutkivat varhaisen puuttumisen mielenterveyspalveluita. Palvelut voivat parantaa hoidon tuloksia, vaikka hoitoon sitoutuminen on varhaisen puuttumisen palvelujen ongelma. Tutkimuksessa terveydenhuollon ammattilaisista koostunut tutkittavien ryhmä ennusti, että ihmiset ottaisivat yhteyttä enemmän helposti saataviin palveluihin, kuten itse-hoito ohjelmiin ja kotoa käsin käytettäviin palveluihin. Toinen tutkittavien ryhmä (potilaan ja näiden omaiset) ennustivat, että ihmiset ottaisivat yhteyttä perinteisiin palveluihin (sairaala, jossa henkilökuntana olisi psykiatreja ja psykologeja). Molemmat ryhmät ennustivat, että ihmiset ottaisivat yhteyttä palveluihin, johon kuuluvat lyhyet jono- tusajat, suora kontakti ammattilaiseen, potilaan itsemääräämisoikeus ja saatava tieto psykologisesta hoidosta. Ammattilaisista koostuva ryhmä arvioi, että ihmiset käyttäisivät e-terveyspalveluja, kun asiakkaista ja omaisista koostuva ryhmä arvioi, että ihmiset ha-

luaisivat perinteistä klinikka- tai sairaalahoitomallia. Tämän tutkimuksen tuloksien mukaan nämä syyt ja eroavaisuudet ammattilaisten ja ei-ammattilaisten välillä olisi hyvä huomioida, kun suunnitellaan tulevaisuuden palvelutarjontaa, myös Suomessa.

Puhuttaessa terveyspalvelujen roolista ja merkityksestä nuorten syrjäytymisen ehkäisyssä, edellä mainittujen lisäksi Park ja kumppanit (2011) tutkivat sitä, miten terveydenhuollon palvelujärjestelmä voi tukea nuoria siirtymävaiheessaan nuoreen aikuisuuteen, painottaen nuoria, joilla on erityisiä terveydenhuollon palvelutarpeita. Tutkimuksen mukaan usein painottuvat koulutuksen ja ammatinvalinnan näkökulmat, mutta liian usein huomiotta jää kokonaisuus (terveydellinen, psykososiaalinen ja yhteiskuntaan sitoutuminen). Tutkimuksen tuloksina oli, että terveet siirtymät sisältävät kolme osatekijää: 1) Nuoret pääsevät osaksi kattavaa terveydenhuoltojärjestelmää, 2) ennaltaehkäistävissä olevia ongelmia vältetään ja 3) hoidetaan kroonisia ongelmia. Tutkimuksen mukaan nykyinen terveydenhuoltojärjestelmä ei kykene vastaamaan tähän, lisäksi huomiota täytyy kiinnittää paremmin kehityksellisen näkökulman huomiointiin ja huomioida paremmin mielenterveysongelmien osuus siirtymävaiheessa. (Park – Adams – Irwin 2011.) Tämän tutkimuksen tulosten valossa voidaan nähdä myös terveydenhuollolla olevan merkittävä rooli syrjäytyneen tai syrjäytymisvaarassa olevan nuoren kehityksen tukemisessa, perheen ja muiden nuoren elämään vaikuttavien toimijoiden mukana.

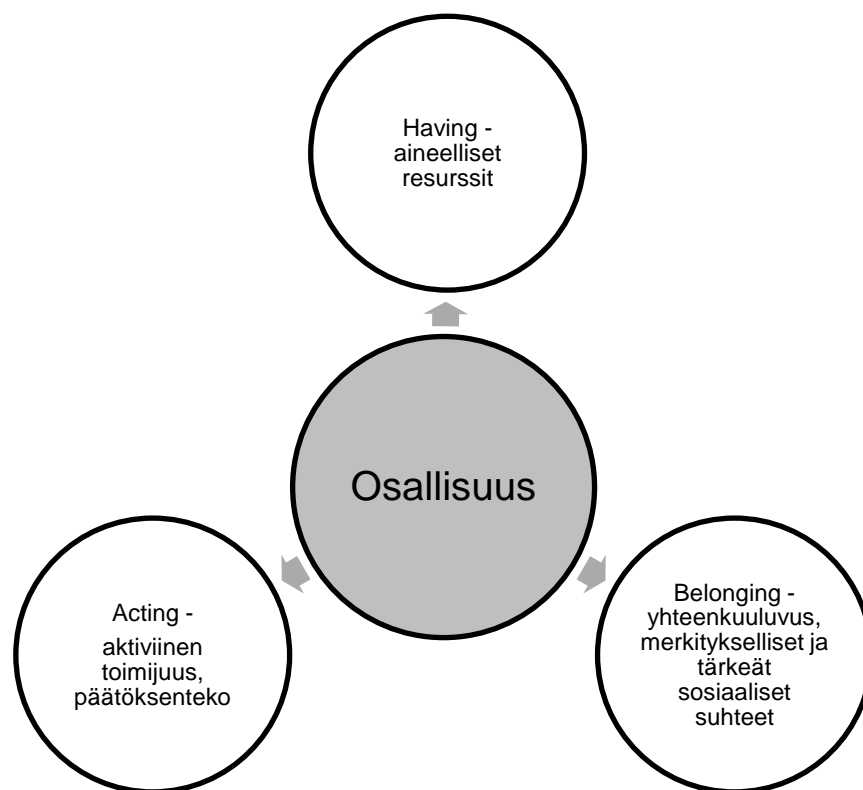
Näiden edellä esitettyjen syiden vuoksi on tärkeää tutkia ja tarkastella tässä opinnäytetyössä keskiössä olevia aiheita; mitkä tekijät liittyvät syrjäytyneiden tai syrjäytymisvaarassa olevien nuorten osallisuuteen perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluissa ja miten tätä osallisuutta voitaisiin edistää tai vahvistaa? Osallisuuden tukemisella ja paremmalla terveyspalvelujen saatavuudella ehkäistään myös osaltaan syrjäytymistä ja esitetään palveluverkoston ulkopuolelle putoamista, samaan aikaan kun mielenterveysongelmat ovat yksi suuri riskitekijä syrjäytymiselle. Kun mahdollinen haitallinen kehityskulku terveydessä tai toimintakyvyssä havaitaan aiemmin, voidaan siihen myös puuttua ja järjestää oikeaa hoitoa tai palvelua aikaisemmin.

2.4 Osallisuus

Syrjäytymisen ja köyhyyden torjumisessa osallisuus voidaan nähdä erittäin merkittävänä tekijänä. Osallisuus voidaan yhden määritelmän mukaan nähdä kolmen eri osatekijän toteutumisen kautta: Yksilön käytössä on tarpeeksi aineellisia resursseja (having), ihminen on mukana aktiivisena toimijana elämäänsä koskevassa päätöksenteossa

(acting) ja näiden lisäksi ihminen kuuluu erilaisiin mielekkäisiin ja tärkeisiin sosiaalisiin ryhmiin ja hänellä on kontakteja muihin ihmisiin (belonging). (THL 2017a.)

Osallisuuteen liittyvällä sosiaalisella yhteenkuulumisen näkökulmalla (belonging) on myös se positiivinen vaikutus yksilöön, että yhteenkuuluminen ilmenee optimaalisessa tilanteessa jäsenten välisenä arvostuksena, luottamuksena, tasavertaisuutena ja mahdollisuutena toimia vaikuttajana omassa yhteisössä. Yhteiskunnallinen osallisuus voidaan laajemmin nähdä esimerkiksi niin, että jokaisella on oikeus ja mahdollisuus terveyteen, työhön, koulutukseen, toimeentuloon, asuntoon ja sosiaalisiin suhteisiin. (THL 2017b.) Osallisuus on kaiken kaikkiaan mukanaolon tunnetta, mahdollisuus vaikuttaa, osallistua, harrastaa, tehdä töitä ja olla sosiaalisessa kanssakäymisessä (Harju 2004).



Kuvio 1. Osallisuuden osatekijät (THL 2017a.)

Osallisuuden on todettu hoitotieteellisessä tutkimuksessa lisäävän terveyden edistämisen vaikuttavuutta ja tasa-arvoa terveydessä. Osallisuuden käsitteellä tarkoitetaan palveluihin vaikuttamista, aktiivista toimijuutta asiakassuhteissa ja yhteiskunnallista aktiivisuutta. Osallisuuden voidaan siis nähdä tarkoittavan mahdollisuutta vaikuttaa laaja-alai-

sesti itseään koskevaan päätöksentekoon ja oikeutta tulla kuulluksi. Osallisuus erilaisissa asiakassuhteissa voidaan nähdä toteutuvan kolmen eri vaiheen; kohtaamisen, tiedon prosessoinnin ja toiminnan kautta. (Rytkönen – Kaunisto – Pietilä 2016: 31-32.)

Nuorilla on todettu olevan neljä erilaista osallisuuden profiilia hoitosuhteessa. Profiilit vaihtelivat itsenäisyyden, itsehoitoon osallistumisen, hoito-ohjeissa kiinni pysymisen ja vanhempien sekä terveydenhuollon työntekijöiden roolin tasossa. Nuorten osallisuus voi käytännössä siis olla kokemustensa hyödyntämistä ja osallistamista palvelujen kehittämiseen. Toisaalta nuoren osallistaminen ja mukaan ottaminen myös kehittää tämän sosiaalisia taitoja, jolloin ko. taidot kehittyvät ja itseluottamus kasvaa. Muutenkin on havaittu, että fyysinen ympäristö, luottamus ja kokonaisvaltainen kohtaaminen vaikuttavat nuoren hyväksi kokemaan hoitokokemukseen, ja edesauttavat sen syntymistä. Hoitosuhteen laatu, henkilökunnan positiiviset ominaisuudet ja kunnioitus ovat myös tärkeitä tekijöitä tässä. Nuoren arvostuksen ja omanarvontunnon vahvistaminen ovat tärkeitä. (Rytkönen – Kaunisto – Pietilä 2016: 32.)

Kettunen ja Kivinen ovat tarkastelleet osallisuutta toisenlaisen lähestymistavan kautta. Heidän mukaansa osallisuus voidaan nähdä toiminnan, osallistumisen ja vaikuttamisen kautta ja näiden yhdistelmänä. Osallisuus johonkin (esimerkiksi terveydenhuollon palveluun) on ennakoivaa ja tulevaisuusorientoitunutta, kokonaisvaltaista olemista. Osallisuuden toimintakulttuurissa asiakas on tasavertaisena ammattilaisen rinnalla lähtökohtaisesti jo toteutustapojen, -sisältöjen ja palvelumuotojen suunnitteluvaiheessa. Osallisuuden tunteen muodostumisella on perusta arvostetuksi ja tuetuksi tulemisen kokonaisuuteen, ja lisäksi se pohjautuu yhteenkuuluvuuden tunteeseen, niin pienempiin yhteisöihin kuin koko yhteiskuntaan. Osallisuus voidaan lisäksi jaotella kattamaan oikeus tiedonsaantiin, oikeus suunnitteluun osallistumiseen, oikeus päätöksentekoon ja oikeutena omaan toimintaan. (Kettunen – Kivinen 2012: 40–41.)

Osallisuutta on siis tarkasteltu edellä kuvatusti hoitotieteellisessä kirjallisuudessa hieman eri näkökulmista, mutta yhteistä molemmille teemoille on se, että asiakas nähdään itse aktiivisena toimijana, aktiivisena toimijana suhteessa hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen sekä tasavertaisena toimijana suhteessa ammattilaiseen. Osallisuuteen kuuluu myös tunne yhteenkuuluvuudesta sekä yksilön oikeuksien kunnioittaminen esimerkiksi tiedonsaannin osalta (Rytkönen – Kaunisto – Pietilä 2016; Kettunen – Kivinen 2012). Tässä opinnäytetyössä varsinainen tutkimusaineisto on monitieteellisempi, mutta edellä on huomioitu myös hoitotieteen näkökulma osallisuuteen.

3 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata syrjäytyneiden tai syrjäytymisvaarassa olevien nuorten osallisuutta perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluissa.

Opinnäytetyön tavoitteena on edistää ja vahvistaa syrjäytyneiden tai syrjäytymisvaarassa olevien nuorten osallisuutta perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluissa.

Tutkimuskysymykset:

Mitkä tekijät liittyvät syrjäytyneiden tai syrjäytymisvaarassa olevien nuorten osallisuuteen perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluissa?

Miten syrjäytyneiden tai syrjäytymisvaarassa olevien nuorien osallisuutta voidaan edistää tai vahvistaa perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluissa?

4 Toteutus

4.1 Kirjallisuuskatsaus

Nykyisin kirjallisuuskatsaustyyppit voidaan jakaa karkeasti kolmeen eri pääryhmään: Systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin, kuvaileviin kirjallisuuskatsauksiin ja meta-analyysein. (Salminen 2011: 6; Kangasniemi ym. 2013: 293).

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä hyödynnetään kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmää, tarkemmin narratiivista kirjallisuuskatsausta. Kirjallisuuskatsaus on yleisesti käytetty ja hyödyllinen menetelmä tutkimustyössä. Terveystieteiden ja hoitoalalla sitä voidaan hyödyntää esimerkiksi toiminnan kehittämistyössä ja näyttöön perustuvan toimintojen ja työtapojen vahvistamisessa tai käyttöönotossa. Kirjallisuuskatsausta säätelevät samat säännöt kuin muuta tutkimusta, esimerkiksi toistettavuuden, kattavuuden ja analyttisyyden osalta. Vaikka kirjallisuuskatsaustyyppijä on erilaisia ja niiden toimintamalleissa on variaatiota, silti jokaisesta katsaustyyppistä ja -prosessista

löytyvät samat neljä vaihetta: Kirjallisuushaut (search), kriittinen arviointi (appraisal), kootun aineiston perusteella tehty synteesi (synthesis) ja analyysi (analysis). (Suhonen – Axelin – Stolt 2016: 7–8; Kangasniemi ym. 2013: 291–292.)

Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen, joka on yksi kuvailevan kirjallisuuskatsauksen muoto, avulla pyritään kuvaamaan aikaisemmin tietystä aiheesta tehtyä tutkimusta, ja esimerkiksi kokoamaan yhteen tietyn aihealueen erilaisia tutkimusasetelmia sisältävät katsaukset. Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan tutkia ja kuvata myös menettelytapoja, tutkimusprosesseja tai menetelmällisiä elementtejä. Narratiiviset kirjallisuuskatsaukset voivat olla laajuudeltaan hyvin erilaisia ja kysymyksenasettelu voi olla laaja, mutta samalla katsaus voi sisältää paljon erilaisia rajauksia. (Suhonen – Axelin – Stolt 2016: 9.)

4.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyön aineisto kerättiin syksyllä 2017 sekä alkukeväältä 2018, niin teoreettisen taustan kuin varsinaisen tutkimusaineiston osalta. Lisäksi keväällä prosessin edetessä teoriataustaa kohdennettiin ja täydennettiin yksittäisillä, uusilla lähteillä jotka sopivat erityisen hyvin tukemaan tätä opinnäytetyötä. Teoreettisen taustan tietoperustaa kartoitettiin manuaalisella haulla hyödyntäen eri asiantuntijasivustoja internetissä, tieteellisiä aikakauslehtiä, oppikirjoja sekä ylipäätään opinnäytetyön tekijän aikaisempaa kokemus- ja tietoperustaa aiheesta ja siihen liittyvistä tekijöistä. Lisäksi tiedonhaussa hyödynnettiin Metropolian opinnäytetyön työstämiseen liittyviä eri työpajoja (tiedonhaku, Cinahl-työpaja, opinnäytetyön suunnitelma -työpaja, kirjallisuuskatsaus -työpaja ym.). Tiedonhaussa hyödynnettiin myös Helsingin yliopiston terveystieteiden kirjaston Terkon palveluita ja aineistoa. Aihe oli aluksi huomattavan laaja, ja se tarkentui asteittain opinnäytetyötä ohjaavan opettajan kanssa käytyjen ohjauskeskustelujen, seminaarityöskentelyn ja yleisesti prosessin etenemisen myötä ja samalla myös teoreettinen tausta ja tiedon- tarve tarkentui.

Koehakuja tehtiin useasta eri tietokannasta, useilla eri hakusanoilla ja hakusanayhdistelmillä, ja kokeiltiin lisäksi eri tieteenalojen tietokantoja (terveystieteet ja yhteiskuntatieteet). Lopuksi hakutulosten ja -relevanssin perusteella tässä opinnäytetyössä käytettäviksi tietokannoiksi valikoituivat PubMed, Cinahl ja PsycInfo.

Käytetyt hakusanat olivat: young adult*, primary care OR primary health care OR primary healthcare service OR health service, participation OR involvement OR adherence OR engagement ja mental*.

Poissulkukriteereinä ja hakujen yhteydessä poissulkevinä hakusanoina käytettiin seuraavia: NOT HIV or AIDS, NOT diabetes or kidney, NOT disabled or disability, NOT medication.

Aineiston haun ja tiedonkeruun prosessit on kuvattu yksityiskohtaisemmin liitteinä olevilla taulukoilla (liite 1).

Sisäänottokriteereinä tutkimusaineistolle oli vähintään seuraavat: Vanhin hyväksytty tutkimus-/julkaisuvuosi oli 2007, ja kielenä englanti.

Aineistohakuja tehdessä poissulkurajauksiksi asetettiin esimerkiksi pelkkää päihdeongelmaa tai päihderiippuvuutta käsittelevät tutkimukset, jos osallisuutta terveystalouteen tarkasteltiin vain fyysisen pitkäaikaissairauden näkökulmasta (esim. HIV-infektio, syöpä, munuaisten vajaatoiminta, 1. tai 2. tyypin diabetes) tai jos tutkimus kohdistui vain kehitysvammaisiin tai liikuntarajoitteisiin henkilöihin.

Aineiston sisältörajoituksia tehdessä tutkimukseen sopiva aineisto rajattiin hakutuloksista pois joko hakusanojen avulla (esim. NOT cancer) tai käsin manuaalisesti seulomalla esimerkiksi otsikon tai abstraktin perusteella (liite 1), tai sen perusteella mikä oli tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden ikäjakauma.

Löydetyn aineiston ja aiheesta tehtyjen tutkimusten suppean määrän vuoksi aineistossa korostuu nuorten ja nuorten aikuisten osallisuus mielenterveyspalveluihin ja tutkimukset eri mielenterveyspalveluissa, mutta saatujen tulosten voidaan ajatella olevan yleistettäviä myös muihin perusterveydenhuollon toimintoihin ja ammatinharjoittajien vastaanottotoimintaan. Näiden tutkimusten sisäänotto on perusteltua myös siksi, että kuten opinäytetyön teoriataustasta voidaan huomata, mielenterveyden häiriöt ja ongelmat ovat syrjäytymisen yksi suurista riskitekijöistä, ja yleistyneet nuorilla ja nuorilla aikuisilla viime vuosikymmenten aikana. Lisäksi perusteena aineiston hyväksynnälle on se, aiheena mielenterveys on Motiivi-hankkeen kannalta olennainen osatekijä, kun tarkastellaan keinoja edistää ja tukea työelämän ulkopuolella olevien nuorten ja nuorten aikuisten amma-

tillista kasvua ja löytää uusia tulevaisuustyöskentelyn menetelmiä. Kaikkien opinnäytetyön aineistoksi valittujen tutkimusartikkelien sisältö on käsitelty myös tarkemmin liitteissä (liite 2).

4.3 Aineiston analysointi

Opinnäytetyön aineiston analysoinnissa hyödynnettiin deduktiivisen sisällönanalyysin menetelmää.

Sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla pyritään aineiston mahdollisimman objektiiviseen ja systemaattiseen analyysiin. Sisällönanalyysin avulla pyritään rakentamaan informaation tiivistämisen avulla malleja, joiden avulla saatua tietoa voidaan siirtää käsitteelliseen muotoon. Analyysi on aikaisemman tutkimusaineiston luokittelutavasta riippuen mahdollista tehdä joko deduktiivisesti (aineisto luokitellaan hyödyntäen aikaisempaa käsitejärjestelmää) tai induktiivisesti (aineistosta lähtien). (Kyngäs – Vanhanen 1999: 3, 5; Kyngäs – Elo – Pölkki – Kääriäinen - Kanste 2011: 139.)

Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimusaineiston analysointia - eli määrän tai esiintymistiheyden sijaan tarkastellaan asioita ilmiöinä, abstraktimpeja kokonaisuuksia. Tämän vuoksi sisällönanalyysi soveltuu hyvin strukturoimattoman aineiston, kuten esimerkiksi puheiden, raporttien, kirjeiden tai päiväkirjojen tai muiden vastaavien materiaalien analysointiin. Analysoitavan aineiston sisältämä informaatio pyritään tiivistämään ja tästä tiivistetystä tiedosta muodostamaan erilaisia kategorioita, käsitteitä tai käsitekarttoja, joiden avulla kuvataan ilmiötä. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 4–5; Kyngäs ym. 2011: 139.)

Deduktiivisessa sisällönanalyysissä hyödynnetään aikaisempaa tutkittua mallia, käsitekarttaa, tai teemaa, johon etsitään sisällöltään sopivia asioita tutkimusaineistosta. Eli toisin sanoen jo aikaisemmin käytössä ollutta mallia testataan uudelleen uuteen, hieman eri tyyppiseen tutkimusaineistoon. Aineistorunko voi olla tehty väljästi, jolloin sen sisälle voidaan luoda uusia alakategorioita, tai se voi olla tiukemmin rajattu (strukturoitu), jolloin tutkimusaineistosta poimitaan vain asioita, jotka sopivat aiemmin luotuun malliin. Strukturoitua aineistorunkoa käytettäessä voidaan puhua esimerkiksi aikaisemman mallin testaamisesta. Voidaan myös käyttää strukturoimatonta menetelmää, jolloin myös alkupeiräiseen luokitusrunkoon kuulumattomista asialöydöksistä voidaan muodostaa omia uusia luokkia induktiivisen sisällönanalyysin mukaan. (Kyngäs – Vanhanen 1999:7–9; Kyngäs ym. 2011: 139.)

Aineiston deduktiivisessa sisällönanalyysissä hyödynnettiin edellä esiteltyä osallisuuden kolmiportaista mallia, johon testattiin kerättyä tutkimusaineistoa. Toisin sanoen testattiin ja kokeiltiin, miten kerätyssä aineistossa osallisuuden kolmiportainen malli toteutuu, ja kuinka toimiva luokittelujärjestelmä on osallisuuden toteutumisen tutkimisessa (liite 3).

5 Eettisyys

Opinnäytetöihin, kuin myös muuhun tutkimukselliseen työhön ja varsinaiseen tieteelliseen tutkimukseen liittyy yleisesti käytössä olevia ja yhteisesti sovittuja toimintaperiaatteita laadukkaan ja eettisesti kestäväen sekä läpinäkyvän tutkimustoiminnan takaamiseksi. Esimerkiksi tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut ohjeistuksen (2012) hyvästä tieteellisestä käytännöstä: Yleisesti tutkimustyössä on noudatettava tarkkuuden, rehellisyyden ja yleisen huolellisuuden niin tutkimuksen tulosten tallentamisessa kuin esittämisessä - kuten myös tässä opinnäytetyöprosessissa on tehty. Myös avoimuus ja vastuullisuus viestinnässä sekä eettisesti kestävät ja tieteellisen tutkimuksen mukaiset tutkimus-, tiedonhankinta- ja arviointimenetelmät ovat tärkeässä roolissa hyvää tieteellistä käytäntöä noudatettaessa. Käytettyjen lähteiden ja muiden tutkijoiden luomaa tietoa kunnioitetaan käyttämällä asianmukaisia lähdeviitteitä sekä lainausmerkintöjä, joka on huomioitu tämän opinnäytetyön jokaisessa eri vaiheessa. Tutkimuksen suunnittelussa, toteutuksessa ja raportoinnissa syntyneet tiedot tallennetaan tieteelliselle tiedolle tarkoitettujen kriteerien mukaisesti. Myös asianmukaisista tutkimusluvista ja niiden hankinnasta huolehditaan perusteellisesti, jos tutkimuslupia tarvitaan. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta on asettanut eettisiä ohjeita tieteelliselle tutkimustyölle, jota myös voidaan soveltaa tämän opinnäytetyön ja kirjallisuuskatsauksen työstämisessä. Tätä opinnäytetyötä koskevat eettiset ohjeet ovat lähinnä mahdollisten sidonnaisuuksien ilmoittaminen opinnäytetyön tilaajalle, eli Motiivi-hankkeelle, sekä Metropolia Ammattikorkeakoululle. Opinnäytetyön tekijä on myös velvollinen tieteellisen käytännön mukaan ilmoittamaan esteellisyydestään, liittyen kaikkiin tieteen ja tutkimuksen arviointi- ja päätöksentekotilanteisiin. Edellä kuvatut kaikki säännöt ja periaatteet koskevat tieteentekijöitä niin tutkimusta tehdessä, kuin esimerkiksi opetustehtävissä olevia sekä muualla oman tieteenalan asiantuntijatehtävissä toimivia tai niiden ulkopuolella olijoita. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tutkimuksen eettisyyteen liittyy myös näyttöön perustuvan toiminnan (NTP) käsite. Näyttöön perustuvalla toiminnalla tarkoitetaan parhaan ajantasaisen, tutkimusnäyttöön ja vankkaan kliiniseen kokemukseen perustuvaa tietoa, jota voidaan soveltaa ja käyttää potilaan/asiakkaan mahdollisimman hyvän hoidon toteuttamiseen. Näyttöön perustuva toiminta ja niiden soveltaminen käyttöön hillitsee terveydenhuollon kustannuksia ja takaa vaikuttavimpien hoitomenetelmien käytön. Eettisyyden kannalta näyttöön perustuvien menetelmien käyttö takaa sen, että potilas saa parasta ja vaikuttavinta mahdollista hoitoa, sekä käytäntöjen ollessa yhtenäisiä hoidon menetelmät eivätkä siten hoidon tulokset ole esimerkiksi hoitopaikasta riippuvaisia. Näyttöön perustuvan toiminnan edistämisestä ja sen tärkeydestä on kirjattu esimerkiksi Suomen lainsäädäntöön. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2018).

Myös Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) on laatinut ohjeistuksen terveydenhuollon yhteisestä arvopohjasta, yhteisistä eettisistä periaatteista ja toiminnan tavoitteista, joka sisältää tärkeimpinä asioita potilaan oikeudesta hyvään hoitoon ja oikeudenmukaiseen kohteluun, tämän itsemääräämisoikeudesta ja ihmisarvon kunnioituksesta. Lisäksi ohjeistus kattaa asioita terveydenhuoltohenkilöstön hyvästä ammattitaidosta, yhteistyöstä ja keskinäisestä arvonannosta. Ammattitaitoon liittyy olennaisesti ammattitaidon ylläpito, säännösten ja suositusten hallinta sekä eettinen osaaminen. (ETENE 2001). Parhaan hoidon takaamisen ja ammattitaidon ylläpidon voi nykykriteereillä nähdä tarkoittavan erityisesti juuri hoitotyön tieteellistä ja eettistä tietoperustaa sekä myös näyttöön perustuvan toiminnan hyödyntämistä käytännön hoitotyössä. Myös tämä opinnäytetyö perustuu tutkittuun tietoon ja on osaltaan edistämässä näyttöön perustuvan toiminnan käytäntöön viemistä ja hoitotyön asiantuntijuuden kehittymistä.

6 Luotettavuus

Tutkimustoiminnan luotettavuutta arvioitaessa pyritään selvittämään se, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkitusta aiheesta on tuotettu. Luotettavuuden arviointi on tieteellisen toiminnan ja tutkimuksen yksi kulmakivistä. Määrällisessä tutkimuksessa luotettavuuskriteereistä puhuttaessa käytetään yleensä validiteetin ja reliabiliteetin käsitteitä, mutta laadulliselle tutkimukselle on luotu oma luotettavuuskriteeristönsä. (Juvakka – Kylmä 2007: 127).

Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus on vahvasti kytköksissä neljään eri osatekijään; yleistettävyyteen, yhtäpitävyyteen, totuusarvoon ja neutraaliuteen. Nämä luotettavuustekijät ovat samat kuin myös perinteisessä tutkimuksessa, mutta laadullisen tutkimuksen arviointikriteerit on määritelty hieman toisin. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden arviointikriteeristönä pidetään Lincolnin ja Guban mukaan siirrettävyyttä, uskottavuutta, varmuutta ja vahvistettavuutta. (Lincoln & Guba 1985: 39–43; Tynjälä 1991: 390.)

Uskottavuuden käsitteellä tarkoitetaan tiivistetysti tutkimuksen sekä sen tulosten uskottavuutta sekä näiden osoittamista tutkimustyössä. Tutkimuksen uskottavuutta vahvistaa esimerkiksi se, kuinka pitkän ajan tutkittava on viettänyt ja viettää tutkittavan aiheen parissa. Lisäksi tutkija voi vahvistaa uskottavuutta pitämällä tutkimuspäiväkirjaa tutkimuksen eri vaiheista sekä tehdyistä valinnoistaan ja kokemuksistaan. Uskottavuuden lisäksi laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen liittyy vahvistettavuuden käsite. Vahvistettavuudella tarkoitetaan, että tutkimusprosessi on mahdollisimman läpinäkyvä, ja että toinen tutkija voi halutessaan seurata tutkimusprosessin kulkua ja tutkimusprosessin voi jäljentää ja toistaa mahdollisimman samanlaisena myös varsinaisen tutkimuksenteon jälkeen. Myös vahvistettavuudessa tutkijan omat muistiinpanot, tutkimuspäiväkirjat ja muu dokumentaatio luovat avoimuutta prosessille ja lisäävät vahvistettavuuden mahdollisuutta. (Juvakka – Kylmä 2007: 129). Tässä opinnäytetyöprosessissa uskottavuuden ja vahvistettavuuden luotettavuustekijöitä on huomioitu esimerkiksi tekemällä liitteeksi taulukot tiedonhausta, käytettyjen artikkelien sisällöistä ja tekijätiedoista, ilmoitettu lisäksi käytetyt hakusanat ja tietokannat sekä muutoinkin merkattu asianmukaisesti kaikki lähde- ja kirjallisuusviitteet. Lisäksi opinnäytetyöprosessista on pidetty pienimuotoista tutkimuspäiväkirjaa, esimerkiksi opinnäytetyön ohjaajan kanssa käydyistä ohjauskeskusteluista. Uskottavuuteen ja vahvistettavuuteen liittyy myös se, että käytetyt hakusanat ja pois-sulku/sisäänottorajaukset on esitetty selkeästi, sekä laaja teoriatausta osoittaa hyvin perehtyneisyyden aiheeseen.

Laadullisen tutkimuksen ja sen luotettavuuden arviointiin liittyvät myös käsitteet refleksiivisyys ja siirrettävyys. Refleksiivisyyden käsitteellä tarkoitetaan tutkijan omia itsetietoisuustaitoja, kohdentuen siihen, että tutkija tietää kuinka hän vaikuttaa itse tutkimusprosessiinsa ja aineistonhankintaan ja mitkä ovat hänen lähtökohtansa tutkimukselle. Siirrettävyyden käsitteellä puolestaan tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tuloksen siirrettävyyttä muihin tutkimusta vastaaviin ympäristöihin ja tilanteisiin. Tutkijan täytyy antaa tar-

peeksi kuvaavaa tietoa ympäristöstä ja tutkimukseen osallistuvista, jotta lukija pystyy arvioimaan tulosten siirrettävyyttä. (Juvakka – Kylmä 2007: 129). Refleksiivisyys tässä opinnäytetyössä tulee ilmi niin luotettavuuteen vaikuttavien tekijöiden pohtimisessa ja itserefleksiossa, sekä pohdinnassa. Siirrettävyyttä on pyritty edistämään sillä, että tiedonkeruu- ja analysointiprosessit on tehty mahdollisimman läpinäkyväksi ja jäljitettäväksi.

Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen heikkouksina voidaan pitää sitä, että se ei yleensä ota kantaa valitun tutkimusaineiston valikoitumiseen tai luotettavuuteen. Alkuperäisten tutkimusten laadunarviointia kuitenkin tehdään narratiivisissa tutkimuksissa, mutta arviointi ei ole havaintojen mukaan johtanut tutkimusten poisjättämisen katsauksesta. (Suhonen – Axelin – Stolt 2016: 9.) Myös Kangasniemen ym. (2013) tutkimusartikkelissa todetaan, että kuvailevaa kirjallisuuskatsausta menetelmänä on kritisoitu myös tarkoituksellisuudesta ja tieteellisestä epätarkkuudesta ja alkuperäisaineiston arvioinnin puutteellisuudesta. Toisaalta kuvaileva kirjallisuuskatsaus voi olla lähes ainoa tarkoituksenmukainen menetelmä, jos halutaan kuvata esimerkiksi historiallista, käsitteellistä tai kielellistä ilmiötä, jossa olennaista ei ole ilmiön yleisyys tai näytön aste. (Kangasniemi ym. 2013: 293.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla on myös mahdollista tuottaa ajantasaistettua tutkimustietoa ja tuottaa tietoa, jota ei muuten tieteellisen kirjallisuuden avulla pystytä tuottamaan. Silti on arvioitu, että rajallisen tutkimusaineiston, puolueellisuuden ja tietyn tyyppisen johdattelevuuden vuoksi sitä on arveluttavaa ottaa esimerkiksi poliittishallinnollisen päätöksen teon tueksi. (Salminen 2011: 7.)

Tämän tutkimuksen luotettavuutta heikentävänä tekijänä voi olla se, että kaikki tutkimusaineisto oli englanninkielistä, ja kääntäminen suomeksi tapahtui manuaalisesti, tekijän omien kohtalaisten englannin kielen taitojen puitteissa. Näin ollen tutkimusten alkuperäisten kirjoittajien ajatuksia tai oivalluksia ei ole välttämättä täysin sellaisenaan saatu käännettyä, materiaalin kielellisen haastavuuden vuoksi. Kääntämistyössä on kuitenkin pyritty huolellisuuteen ja apuna käytettiin esimerkiksi MOT-sanakirjaa ja sen käännösohjelmaa. Lisäksi englanninkielisen aineiston tärkeät kohdat (esimerkiksi tiivistelmät, tutkimustulokset) käännettiin erityisen huolellisesti ja tarkasti.

Tutkimuksen luotettavuutta voi heikentää myös tutkimusaineiston moninaisuus ja moniulotteisuus. Aihe oli erittäin haastava rajattavaksi, sillä aihepiiri oli sosiaali- ja terveys-

sektorien rajapinnassa toimimista ja löydetty tutkimusaineistot olivat hyvin monitieteellisiä, vaihdellen hoitotieteestä lääketieteeseen, sosiaalitieteisiin ja psykologiaan. Aiheen spesifisyyden vuoksi tutkimusaineiston tutkimushenkilöiden ikähaitari oli hyvin laaja (varhaisteineistä 30-vuotiaisiin) joka jo kehityksellisestä näkökulmasta haastaa aineiston analysointia ja yhteenvedoa, sekä käytäntöön sovellusmahdollisuuksia. Tutkimusaineistoa, joka olisi sopinut juuri täsmällisesti Motiivi-hankkeen ikärajaan (16-29 ikävuotta) ei löytynyt, joten ikärajoista jouduttiin näiltä osin poikkeamaan, jotta saatiin kerättyä tarpeeksi tutkimusaineistoa.

Tutkimusaineistossa esiintyi vaihtelevasti tai limittäin osallistumista, osallisuutta, (oma)hoitoon osallistumista, hoitoon sitoutumista, hoitoon liittyvään päätöksentekoon osallistumista tai näiden eri muotoja kuvaavia termejä, jotka tutkimuksesta ja näkökulmasta riippuen voivat kuvata samaa tai saman tyyppistä asiaa. Lisäksi englannin kielessä on omia tai osin saman aihepiirin termejä, kuten participation, involvement, inclusion, adherence, attendance, engagement ym., jotka kuvaavat osin samaa ilmiötä ja liittyvät myös toisiinsa, mutta myös osin tarkoittavat eri asioita. Tämä oli suurena haasteena myös relevantin tutkimusaineiston hakemisessa ja tutkimusaineiston yhdenmukaisuutta tarkastellessa. Pienet vivahde- ja tulkintaerot terminologiassa voivat osaltaan vaikuttaa tuloksiin ja niiden luotettavuuteen.

Tutkimusaineistossa esiintyi edellisten lisäksi terminologista vaihtelua siinä, miten ja millä termeillä terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisia kuvattiin. 'Hoitaja' tai 'sairaanhoitaja' tai englannin vastaavia 'nurse' -nimikkeitä ei juurikaan käytetty, vaan valituissa tutkimusaineistossa esiintyi yleisemmän tason termejä, kuten caregiver, clinician, service provider, professional, practitioner, therapist ym. Näitä voidaan tulkita ja suomentaa hyvin eri tavoin ja soveltaa eri ammattiryhmiin, niin hoitotyön kuin muiden terveydenhuollon osa-alueiden ammattilaisiin. Valituissa tutkimuksissa esiintyi myös vaihtelua vastaanottotoiminnasta vastanneen ammattilaisen koulutuksessa; osa oli hoitotyön ammattilaisia, osa lääkäreitä, osa esimerkiksi terapeutteja, osa psykologeja tai sosiaalialan ammattilaisia. Tämä vaihtelu ammatti- ja koulutusalojen välillä voi vaikuttaa myös opinnäytetyön luotettavuuteen hoitotieteellisyyden näkökulmasta ja sovellettavuuteen käytännön hoitotyössä.

Tutkimuksen luotettavuuteen ja jatkosovellettavuuteen voi vaikuttaa myös aineistoon valittujen tutkimusten kontekstuaalisuus. Opinnäytetyön aiheena ja yhtenä keskeisenä ele-

menttinä ovat perusterveydenhuollon mielenterveyspalvelut, mutta opinnäytetyöprosessissa ja aineistohaussa kävi ilmi, että tämä termi voi tarkoittaa eri kulttuureissa, maissa ja yhteiskunta- sekä terveydenhuoltojärjestelmissä eri asioita. Esimerkiksi ne palvelut, jotka luetaan Suomessa kuuluvaksi kolmannen sektorin toimintaan (esim. järjestöt), voidaan jossain toisessa maanosassa ja maassa lukea kuuluvaksi ainakin osittain perusterveydenhuollon palveluihin. Tältä osin valitut tutkimukset eivät tutkimusympäristöiltään välttämättä vastaa täysin Suomen palvelujärjestelmää, mutta tutkimukset on valittu sillä perusteella, että niissä saatujen tutkimustulosten voidaan nähdä olla yhtä valideja sovellettuna Suomen perusterveydenhuollon järjestelmään, esimerkiksi hoitajan vastaanottojen osalta. Lisäksi varsinainen järjestelmä ei välttämättä vaikuta esimerkiksi yksittäisen sairaanhoitajan vastaanottotyöhön, vuorovaikutus- tai persoonatekijöihin, tai hänen käyttämiinsä hoito- tai auttamismenetelmiin, vaikka kyseessä olisi järjestötason toimija tai vaihtoehtoisesti julkisen sektorin organisaatio, jos molempien päätavoitteena on vaikuttaa tarjota tukea antavaa keskusteluapua nuorille aikuisille. Tietysti organisaatiotason päätökset ja toimijan taloudelliset motiivit voivat vaikuttaa ammattilaisen työotteeseen, palvelun saatavuuden tai tapaamisten rajalliseen määrään, tai ammattilaisen työhyvinvointiin, joka voi taas vaikuttaa välillisesti nuoreen asiakkaaseen.

7 Tulokset

Tulososiossa esitellään opinnäytetyön, eli kirjallisuuskatsauksen, tulokset läpi tiiviisti ja esitetään oleelliset ydinkohdat esille nousseista asioista. Teoreettinen viitekehys opinnäytetyön tutkimukselliselle työlle oli osallisuuden malli (Kuvio 1), josta jokainen osa-alue on eritelty omaksi ja valitusta tutkimusaineistosta on eritelty osallisuuden osa-alueisiin sopivat asiat. Kaikkien yksittäisten, opinnäytetyöhön valittujen tutkimuksien tuloksia ja sisältöjä on eritelty tarkemmin liitteenä olevissa taulukoissa (liite 2) sekä näiden tutkimusten tuloksia on eritelty ja uudelleen jäsennelty siten, miten ne asettuvat osallisuuden kolmiportaiseen malliin (liite 3). Jokaisesta osallisuuden kolmesta eri osatekijästä on koostettu erillinen kuvio, josta käy tiivistetysti ilmi opinnäytetyön tutkimusaineistosta esille nousseet tulokset suhteessa kyseiseen osallisuuden osatekijään (Kuviot 2–4).

Deduktiivisen sisällönanalyysin vaiheisiin kuuluu ensimmäisenä analyysirungon muodostaminen, jossa teoreettisen viitekehysten pohjalta muodostuu tutkimuksen kohteena olevia kategorioita, joiden oletetaan löytyvän tutkimusaineistosta. Tässä opinnäyte-

työssä osallisuuden kolmiosainen malli toimii analyysirunkona. Toisessa vaiheessa aineisto pelkistetään, eli soveltaen tähän opinnäytetyöhön, aineistosta poimitaan kuhunkin osallisuus-käsitteen alaluokkaan sopivia lausahduksia tai ilmiöitä. Aineiston pelkistys on tässä opinnäytetyössä toteutettu taulukoksi (liite 3), josta löytyvät alkuperäisen aineiston tiedot, luokittelut ja pelkistys sekä kunkin tutkimuksen tulosten sijoittelu vastaamaan oikeaa osallisuuden alaluokkaa. Viimeinen vaihe, eli aineiston kvantifiointi tarkoittaa sitä, että saatujen kategorioiden sisältöjen esiintymiskerrat jäsennellään taulukkoon. Taulukosta voidaan näin ollen lukea välittömästi, kuinka monta kertaa jokin tulos tai osio ilmenee aineistossa. Kritiikkiä kvantifiointia kohtaan on esitetty sen epäkäytännöllisyydestä ja huonosta soveltumisesta pienille aineistomäärille, ja siksi se jätettiin huomioimatta tässä opinnäytetyössä. (Tuomi – Sarajärvi 2008: 113–122). Kvantifioinnin poisjättäminen perustellaan tässä työssä sillä, että opinnäytetyön tulokset ja tiettyjen tekijöiden esiintyvyys ovat läpinäkyvästi ja selkeästi nähtävissä opinnäytetyötä varten koostetussa taulukossa (liite 3). Myös kaikki muut edellä mainitut deduktiivisen sisällönanalyysin vaiheet ja aineiston pelkistys ovat nähtävissä opinnäytetyön liitteenä olevasta taulukosta (liite 3). Opinnäytetyön aineisto oli niin suppea, ettei erilliselle perusteelliselle kvantifioinnille ole tarvetta.

Lopullinen opinnäytetyö julkaistaan Theseus-tietokannassa, johon tallennetaan kaikki Suomen ammattikorkeakouluissa tuotetut opinnäytetyöt. Opinnäytetyö ja sen tulokset ovat osa Motiivi-hanketta, ja tulokset sekä koko opinnäytetyö tulevat näin ollen hankkeen käyttöön. Se, miten tarkalleen ottaen tuloksia käytetään hankkeen tiimoilta tulevaisuudessa, jää vielä toistaiseksi avoimeksi. Opinnäytetyötä hyödynnetään julkistamalla se ja sen tulokset tekijän blogikirjoituksen muodossa Motiivi-hankkeen internetsivuilla kesän 2018 aikana.

7.1 Belonging - yhteenkuuluvuus ja sosiaaliset suhteet

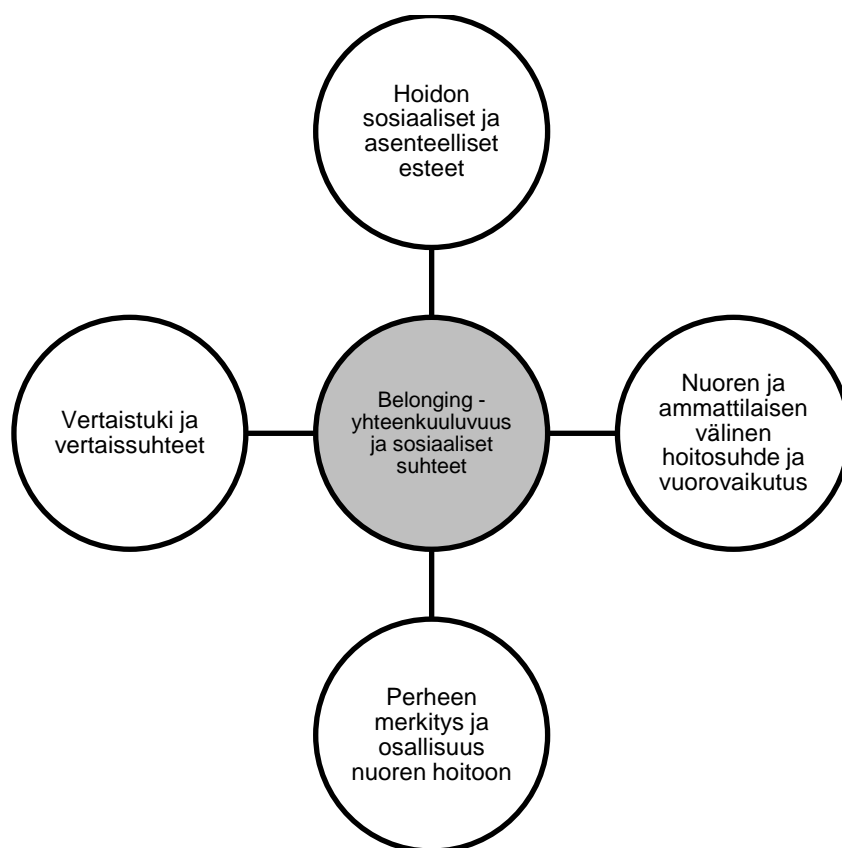
Opinnäytetyön tutkimusaineistosta nousi esille vahvasti perheen merkitys hoidossa, ja perheen osallisuuden ja/tai osallistamisen merkitys hoitoon ja sen tuloksiin. Perheen osallisuus ja sen tärkeys ilmenivät neljässä tutkimuksessa kuudesta ja myös nuorilla aikuisilla tai aikuisilla oli tärkeä huomioida mahdollinen puoliso osana hoitoa, sekä puolison arvot ja motiivit hoitoon (liite 3). Perhe tulisi nähdä voimavarana ja osana hoitotiimiä, eikä ainoastaan ongelmien lähteenä. Tulosten mukaan perheen sisäisen vuorovaikutuksen tukeminen parantaa myös hoitoon sitoutumista.

Aineistosta nousivat myös esille sosiaaliseen kanssakäymiseen ja vuorovaikutuksen liittyvät hoidon esteet ja asenteelliset esteet. Hoidon esteinä saattoivat olla aikaisemmat huonot kokemukset, sosiaalinen stigma liittyen mielenterveyspalvelujen käyttöön, sosiaaliset normit jotka olivat esteenä hoidolle, tai luottamuspula hoitosuhteessa. (liite 3.)

Osallisuuden belonging-osioon kuuluvina seikkoina voitiin nähdä myös vahvasti hoitosuhteeseen, nuoren ja ammattilaisen välillä olevaan vuorovaikutussuhteeseen liittyvät asiat. Esille nousseita asioita olivat luottamus, avoimuus, yksilöllisyyden huomiointi, kunnioitetuksi tulemisen kokemus, ymmärretyksi tulemisen kokemus, vakavasti otetuksi tulemisen kokemus. Aineistossa esille tuli se, että nuorille oli tärkeää hoitosuhteen vakaus ja pysyvyys ja tunne siitä, että hoitaja välittää aidosti heistä. Kliinikkoon tai hoitajaan liittyviä ja hoitoon tyytyväisyyttä lisääviä ominaisuuksia olivat esimerkiksi ystävällisyys, nuori-lähtöisyys, helposti lähestyttävä olemus, tukea antavuus, ymmärtävyys ja tuomitsemattomuus ja voimavaralähtöisyys. Vahvuuksiin keskittyminen ja voimavarojen tukeminen nousivat esille useammassa eri aineistossa, ja erityisesti miehet pitivät tätä ominaisuutta tärkeänä hoitosuhteessa. Tärkeänä koettiin myös se, että hoitaja toimii potilaan tai nuoren asianajajana. Lisäksi nuoremmilla nuorilla ja lapsilla terapeutin valvonta ja seuranta esimerkiksi kotitehtävistä ja hoitoprosessin etenemisestä ja läsnäolosta istunnoissa oli tärkeää ja se lisäsi osallisuutta ja hoitoon sitoutumista. (liite 3.)

Edellisten lisäksi yksittäisessä tutkimusartikkelissa nousi esille miespuolisten nuorten kokemus vertaistuesta ja sen tärkeydestä. (liite 3.)

Belonging-osion tulokset on tiivistetty ja pelkistetty seuraavaan kuvioon (kuvio 2).



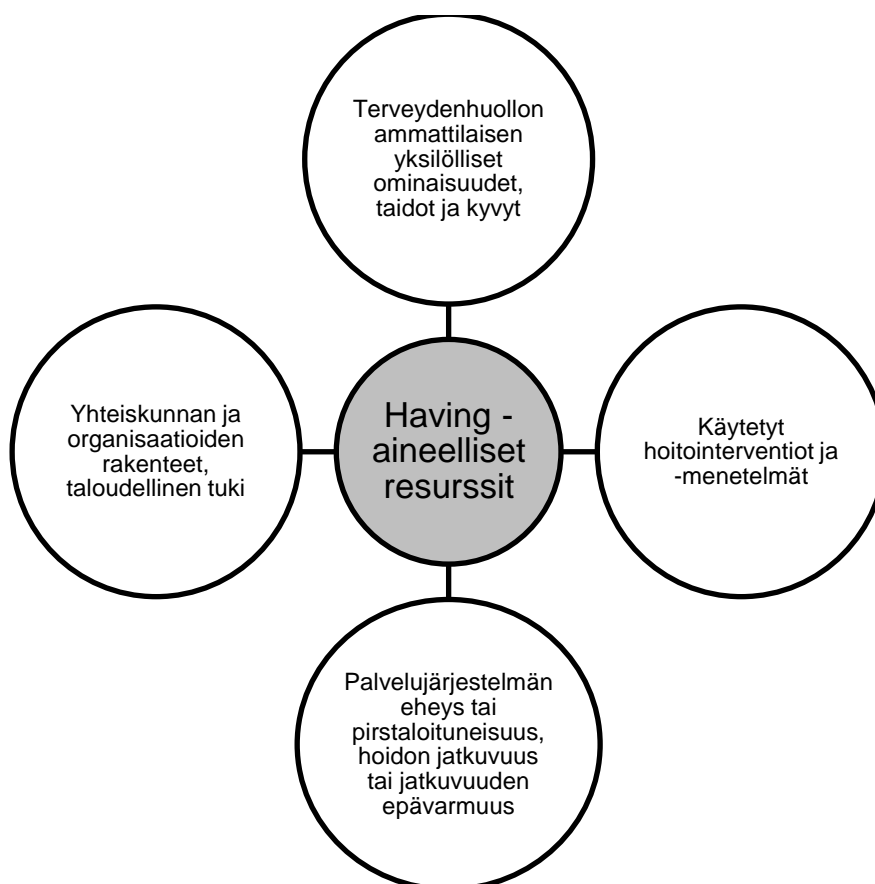
Kuvio 2. Osallisuuden Belonging-osan toteutuminen opinnäytetyön tutkimusaineistossa (liite 3)

7.2 Having - aineelliset resurssit

Tutkimuksissa nousi esille hoitoon sitoutumiseen ja osallisuuteen, erityisesti aineellisiin resursseihin yhteydessä olevia tekijöitä, joita olivat esimerkiksi sukupuolisensitiivisyyden huomiointi, psykoedukaation ja psykososiaalisten keinojen käyttö hoitomenetelmänä, monipuolisten arviointimenetelmien käyttö, yksilöllisen palveluohjauksen tarjoaminen, neuvonta, ohjaus, kuuntelu, tilan antaminen nuorelle, hyväksynnän ilmaisu, rohkaisu puhumaan sekä antidepressiivisten lääkkeiden harkittu käyttö. Kaikki edellä mainitut asiat tai niiden käyttö esimerkiksi hoito- tai interventiomenetelminä vaikuttivat positiivisesti nuorten osallisuuteen ja esimerkiksi hoitoon sitoutumiseen. Myös asiakkaan yksilöllisellä tilanteella on vaikutusta osallisuuteen ja myös hoitoon sitoutumiseen; esimerkiksi nuoremmille asiakkaille perhe- ja ryhmämuotoiset interventiot olivat tehokkaampia kuin nuorilla aikuisilla yksilölähtöiset hoitomenetelmät todettiin osassa tutkimuksia tehokkaaksi. (liite 3.)

Osallisuuteen vaikuttavina tekijöinä tästä opinnäytetyön tutkimusaineistosta nousivat esille lisäksi verkossa saatavilla olevien ja teknologiaperusteisten palvelujen saatavuuden ja hyödynnettävyyden parantaminen ja hoitohenkilöstön lisäkoulutus esimerkiksi terapeuttisiin sitoutumisstrategioihin. Lisäksi yksilötasolla ja lyhyellä aikavälillä osallisuuden ja hoitoon sitoutumiseen olivat yhteydessä myös muistutukset hoidosta ja tulevista käynneistä, esimerkiksi tekstiviestin tai kirjeen avulla. Aineellisten resurssien näkökulmasta aineistosta nousi myös esille, että konkreettisten hoidon ja palvelun käytön esteiden purku on tärkeää osallisuutta tukiessa, esimerkiksi asiakkaan tukeminen matkakuissa tai hoitoon matkustamisessa. Lisäksi oli tärkeä puuttua muihin hoidon esteisiin, kuten aikatauluesteisiin tai aikataulujen yhteensopimattomuuteen asiakkaan ja ammattilaisen välillä. Myös mielenterveyspalvelujen ja palvelujärjestelmän pirstaloituneisuus ja hoidon jatkuvuuden epävarmuus voivat vaikuttaa negatiivisesti osallisuuteen ja hoidon jatkuvuuteen. (liite 3.)

Aineistosta esille nousseet tulokset, jotka liittyvät having-osioon, on tiivistetty ja pelkistetty seuraavaan kuvioon (kuvio 3):



Kuvio 3. Osallisuuden Having-osan toteutuminen opinnäytetyön tutkimusaineistossa (liite 3)

7.3 Acting - aktiivinen toimijuus, päätöksenteko

Osallisuus-mallin kolmanteen osioon (acting) liittyvinä tekijöinä aineistosta nousivat esille muun muassa se, että nuoret toivoivat voivansa vaikuttaa paremmin hoitoonsa ja osallistua päätöksentekoon. Lisäksi nuoret halusivat paremmin ja enemmän tietoa tulevaisuudesta, eri hoitovaihtoehtoista ja mahdollisuuksista, sekä tietoa lääkehoidosta. (liite 3.)

Aineistosta nousi esille myös nuorten oman asenteellisen ja käyttäytymisellisen sitoutumisen merkitys hoidon osallisuutta tutkittaessa. Asenteelliseen sitoutumiseen liittyvä tekijä oli nuoren oma kognitiivinen valmius muutokseen, käyttäytymiselliseen sitoutumiseen liittyi esimerkiksi avoin tiedon jakaminen ammattilaisen kanssa ja sitoutuminen hoitosuosituksiin. (liite 3.)

Aktiiviseen toimijuuteen ja päätöksentekoon ja sitä kautta osallisuuteen yhteydessä olevia asioita tutkimusaineiston perusteella olivat tavoitteiden asettamisen tärkeys sekä kriteerit, eli taitojen hankkiminen ja yleistäminen hoitotuntien ulkopuolella. (liite 3.)

Aineistosta nousi myös esille, että potilaan osallisuuden ja osallisuuden toteutumisen on havaittu olevan yhteydessä hoidon jatkuvuuteen. Lisäksi tyytyväisyys hoitoon vähensi riskiä jättää hoito kesken ja hakeutua myöhemmin uudelleen hoidon piiriin. (liite 3.)

Yhdessä tutkimusartikkelissa painotettiin erityisesti näkökulmaa, jossa tarkasteltiin nuorten miesten osallisuutta mielenterveyspalveluihin ja ko. artikkelissa todettiin, että nuoret miehet etsivät mielenterveydellisiin kysymyksiin apua todennäköisemmin sitoutuneelta, lämpimältä ja tukea-antavalta isähahmolta. Lisäksi miehille oli tärkeää, että he saivat tuntea olevansa päteviä ja vapaita tuomitsevuudesta. (Rice – Purcell – McGorry 2017).

Myös Acting-osion kaikista tuloksista on koottu havainnollistava ja tiivis kuvio (kuvio 4).



Kuvio 4. Osallisuuden Acting-osan toteutuminen opinnäytetyön tutkimusaineistossa (liite 3)

8 Pohdinta

8.1 Tulosten tarkastelua, johtopäätökset

Opinnäytetyön tuloksia tarkastellaan osallisuuden kolmiosaisen mallin kautta (ks. kohta 2.4.), johon kuuluvat osat having (aineelliset resurssit), acting (aktiivinen toimijuus ja päätöksenteko) ja belonging (yhteenkuuluvuus, sosiaaliset suhteet). Tulos-osiossa on tarkasteltu tarkemmin yksityiskohtaisia tuloksia, ja seuraavaksi käydään keskustelua ja tehdään synteisiä, yhteenvetoa tuloksista.

Ensimmäisen, belonging-osion, tuloksista voidaan todeta, että perheellä ja perheen osallisuudella on tärkeä rooli tarkasteltaessa nuorten osallisuutta mielenterveyspalveluihin, ja sillä on vaikutusta myös hoitoon sitoutumiseen. Lisäksi hoidon sosiaalisiin ja asenteellisiin esteisiin on tärkeää kiinnittää huomiota ja nostaa ne mahdollisesti esiin tutkittavaksi hoitosuhteessa. Sosiaaliset ja asenteelliset esteet ovat myös laajemmin sidoksissa ympäröivään kulttuuriin ja sosiaalisiin sääntöihin, ja puhuminen esimerkiksi mielenterveyspalvelujen käytön antamasta negatiivisesta leimasta vaatisi lisää yhteiskunnallista keskustelua ja arvopohdintaa, ja sitä kautta ennakoluulojen hälventämistä. Lisäksi yhtenä suurena ja tärkeänä tekijänä on nuoren ja ammattilaisen välinen hoitosuhde, sen ominaisuudet ja laatu. Niin vuorovaikutuksen laadulla kuin ammattilaisen ominaisuuksilla ja käytöksellä on paljon merkitystä nuoren osallisuuden määrään ja laatuun, ja se vaikuttaa myös muihin tekijöihin, kuten hoitoon sitoutumiseen ja hoitoon tyytyväisyyteen - ja taas hoitoon sitoutuminen ja tyytyväisyys todennäköisesti vaikuttavat osallisuuteen.

Osallisuuden toisen osan, having, eli aineellisten resurssien osasta esille nousi kaksi suurta teemaa, joista ensimmäisen kuvasi yksittäisten terveydenhuollon ammattilaisten yksilöllisiä ominaisuuksia sekä näiden vaikutusvallan alaisina olevia asioita, enemmän kuin asiakkaasta lähtöisin olevia tekijöitä. Asiakas voi, ammattilaisesta riippuen, vaikuttaa esimerkiksi siihen, käyttääkö hän lääkkeitä vai ei, mutta esimerkiksi ammattilaisen hyväksynnän ilmaisuun tai siitä, että rohkaiseeko ammattilainen nuorta puhumaan ongelmistaan, on nuoren itsensä lähes mahdotonta vaikuttaa.

Toinen aineellisia resursseja ja sen toteutumista tutkimusaineistossa hallinnut teema koski yhteiskunnan ja organisaatiotason kysymyksiä, toisin kuin asiakkaasta riippuvaisia tai myöskään yksittäisestä ammattilaisesta riippuvia tekijöitä. Yksittäinen ammattilainen

voi tuki osaltaan yrittää vaikuttaa esimerkiksi henkilökunnan lisäkoulutukseen ja sen saatavuuteen, tai suositella matkatuen myöntämistä asiakkaalle, mutta viime kädessä tämänkaltaiset toimintalinjaukset, myös taloudellisten näkökulmien huomioita vaativat päätökset, tehtäneen organisaatiotasolla laajemmassa mittakaavassa.

Yhteenvedona voidaan todeta, että osallisuuden having -osio koostuu yksittäisten terveydenhuollon ammattilaisista, heidän persoonallisista ja yksilöllisistä tekijöistä ja toimista, sekä laajemmin terveydenhuollon organisaatioiden toiminnasta ja yhteiskunnallisesta päätöksenteosta. Asiakkaan rooli aineellisten resurssien osiossa jää pieneksi, ja rooli vaikuttajana on vähäinen, enemmänkin passiivinen.

Nuorilla on opinnäytetyön kolmannen, acting -osion tulosten mukaan tilaisuuksia ja halua vaikuttaa osallisuuteensa ja sen myötä omaan hoitoonsa ja koko elämäänsä. Esille nousvia asioita olivat tiivistetysti halu ja tarve tiedonsaantiin, tieto hoitovaihtoehdoista ja eri hoitomahdollisuuksista. Lisäksi nuorten oma käyttäytymisellinen ja asenteellinen sitoutuminen oli tärkeää ja sillä oli vaikutusta osallisuuteen sekä hoitoon sitoutumiseen ja hoidon tuloksiin - esimerkiksi kotitehtävien tekeminen ja sitä kautta hoidon jatkuvuuden edistäminen omilla toimilla. Nuorten yksilöllisyyden huomiointi esimerkiksi hoitointerventiomuodoista päätettäessä on tärkeää. Osallisuus ja sen toteutuminen ovat myös yhteydessä hoidon jatkuvuuteen, ja tyytyväisyys hoitoon taas vähentää riskiä jättää hoito kesken ja myöhemmin uudelleen hoitoon hakeutumiseen.

8.2 Opinnäytetyö ammatillisen kasvun edistäjänä ja sovellettuna käytännön työelämään

Tämän opinnäytetyön tulokset kertovat pienestä tutkimusaineistosta huolimatta nuorten tarpeesta tulla nähdyksi ja kohdatuksi omana, aitona itsenään ja kokonaisuus huomioiden; psyykkinen, fyysinen ja sosiaalinen näkökulma mielessä pitäen. Ei siis tulla nähdyksi ainoastaan sairauden tai toimintakyvyn heikkouden kautta, vaan kokonaisena ihmisenä. Niin kuin tuki kaikessa hoitotyössä, mutta erityisesti mielenterveystyössä kohtaaminen ja kohtaamattomuus korostuvat; ammattilaisen taito olla aidosti läsnä ja kyky olla avoimena nuoren kokemuksille ja kuulla yksittäiset sanat ja huomata ääneen sanomattomatkin asiat. Unohtamatta sitä, että kuinka tärkeää jo pelkkä tarpeellisten palvelujen saatavuus on, ja esimerkiksi toimiva yhteiskunnallinen infrastruktuuri palvelujen konkreettiseksi saavuttamiseksi, esimerkiksi toimivien liikenneyhteyksien avulla.

Niin kuin tänä päivänä terveydenhuollon organisaatioissa ja ammattilaisten kesken puhutaan paljon moniammatillisesta tiimityöstä ja moniammatillisten asiantuntijaryhmien merkityksestä vaikuttavassa hoitotyössä, tulee tämä huomioida myös tämän opinnäytetyön tulosten valossa varsinaisen asiakkaan näkökulmasta. Eli vaikka terveydenhuollon ammattilaisella on hoitotyöstä, hoitomenetelmistä, lääkehoidosta tai muista hoitolinjoista koulutuksensa ja ammattinsa puolesta suuremmalla todennäköisyydellä asiantuntevampi näkemys kuin maallikolla, voi asiakas - ja tässä tapauksessa nuori - silti monesti olla elämänsä ja elämäntilanteensa asiantuntija. Myös nuoren perheellä tai nuoren aikuisen puolisoilla voi olla annettavaa nuoren hoitoon ja hoidon suunnitteluun, ja sosiaaliset kontaktit voivat tukea osallisuuden toteutumista. Kuten yhdessä aineiston tutkimuksessa todettiin, perhe pitäisi yrittää nähdä voimavarana ja mahdollisuutena, eikä ainoastaan ongelmien lähteenä (Kim – Munson – McKay 2012). Kaiken tämän voidaan nähdä tukevan myös nuoren omaa päätöksentekoa, aktiivista toimijuutta ja osallisuutta positiivisella tavalla.

Suurin haaste opinnäytetyössä oli aiheen mielekäs rajaaminen ja aiheeseen sopivan, hoitotieteellisen tutkimusdatan löytäminen. Niin kuin Motiivi-hanke itsessään, myös tämä opinnäytetyö sijoittui sosiaalitieteiden ja terveystieteiden (hoitotieteen) välimaastoon ja mukana tutkimusaineistossa oli myös psykologiatieteen näkökulmia, mutta samalla monitieteellisyys ollessa työn suurin haaste, oli se myös suurin mielenkiinnon tuoja tähän suureen työsarjaan. Puhuin aiemmin moniammatillisen tiimityön korostumisesta käytännön terveyden- ja sairaanhoitotyössä, jonka merkitystä myös tämän opinnäytetyöprosessin työstäminen ja tulokset ovat terävöittäneet entisestään, joten mielestäni on myös perusteltua, että opinnäytetyöhön kuuluu monitieteellistä tutkimustietoa. Samaan aikaan on tietysti tärkeää, että hallitsee oman tieteenalansa, tässä tapauksessa hoitotieteen, ja sen lainalaisuudet kuten hoitotyön asiantuntijan ja sairaanhoitajan kuuluu. En näe silti syytä, että monitieteellisyys vähentäisi tämän opinnäytetyön tai sen tulosten arvoa tai merkitystä, vaan päinvastoin. Nuorten mielenterveysongelmien hoidossa tarvitaan hoito- ja lääketieteellisen näkemyksen ja fysiologisen perustan lisäksi ymmärrystä nuorten kehityksestä ja kehityspsykologiasta, sekä myös tietoa sosiokulttuuristen ja yhteiskunnallisten rakenteiden vaikutuksesta yksilön kehitykseen. Opinnäytetyöprosessi opetti ja kirkasti ennen kaikkea myös näyttöön perustuvan toiminnan merkitystä hoitotyössä ja systemaattista tutkitun tiedon hakua, sekä tämän tiedon hyödyntämistä argumentoinnissa. Opinnäytetyöstä ja sen tuloksista voin saada myös ihan käytännön työkaluja ja tienviittoa työntekoon, jos päädyn työskentelemään psykiatrisen hoitotyön, tai ylipäätään nuorten tai nuorten aikuisten pariin.

Käytännön työhön ja työelämään, mielenterveystyöhön ja psykiatriseen hoitotyön kentälle, mutta yhtä lailla myös poliittiseen ja hallinnolliseen päätöksentekoon ja palvelujen suunnitteluun sovellettuna tuloksista voisi keskeisesti nostaa esille ainakin teemat perheen ja sosiaalisten suhteiden merkityksestä, ammattilaisen ja nuoren välisestä vuorovaikutuksesta, yhteiskunnan palvelujärjestelmästä ja palvelujen saatavuuden merkityksestä, sekä nuoresta itsestään lähtöisin olevista tekijöistä. Mielestäni tämä opinnäytetyö ei tuonut varsinaisesti mitään erityisen uutta ja mullistavaa tietoa esimerkiksi psykiatriseen hoitotyöhön, mutta se terävöittää ja korostaa entisestään inhimillisen ja yksilöllisen kohtaamisen merkitystä sekä elämän huomioimista kokonaisuutena. Terveystieteiden perinteiseen näkökulmaan yhdistyy hyvin sosiaalinen näkökulma; yksilö on osa yhteisöä ja kuuluu luonnollisesti eri ryhmiin ja on yhteydessä toisiin ihmisiin, ja nämä ryhmät ja kontaktit muihin voivat parhaimmillaan tukea ja olla rakentamassa yksilön tervettä ja positiivista kehitystä, ja niitä kannattaisi hyödyntää aiempaa tehokkaammin. Myös yksilölliset tekijät, ammattilaisen kyvyt, käytetyt hoitointerventiot, ammattilaisen ominaisuudet ja vuorovaikutustaidot, persoona, 'kemioiden kohtaaminen' nuoren kanssa ovat luonnollisesti tärkeitä tekijöitä ja luottamuksen rakentuminen nuoren ja ammattilaisen välille on myös tärkeä tekijä, yhtä lailla kuin palvelujen saatavuus ja riittävän monipuolinen ja tasapuolinen palvelutarjonta.

Juuri tästä opinnäytetyön aiheesta lukuisten eri hakujen perusteella löytyi todella niukasti hoitotieteellistä tutkimustietoa - eli se antaa itsessään mielestäni jo riittävän hyvän perusteen jatkotutkimukselle ja osoittaa tutkimustyön tarpeellisuuden. Toisaalta, tämä opinnäytetyö on myös juuri tässä lajissaan ja kontekstissaan ensimmäisiä töitä, juuri samasta aiheesta ei ole tehty aikaisemmin tämän tyyppisiä AMK-opinnäytteitä.

Tieteenalojen vaihtelu ja ammattilaisten koulutustaustan sekä tittelien variointi valituissa tutkimuksissa kertoo myös aiheen hoitotieteellisen tutkimuksen puutteesta ja tarpeesta. Toisaalta voidaan ajatella, että ammattilaisen koulutustausta ei ole niin merkittävässä osassa, jos työn sisältö on terapeutista vastaanottotyötä perusterveydenhuollon mielen-terveyspalveluissa ja tavoitteena on esimerkiksi tukea-antavan keskustelun tarjoaminen nuorelle. Koulutustausta ja tieteenala vaikuttavat siihen, mistä näkökulmasta lähtöisin ja minkä tieteenalan interventioden keinoin ammattilainen lähestyy nuorta ja tämän mahdollisia mielenterveysongelmia, mutta ei vaikuta esimerkiksi nuoren tarpeeseen tulla kohdatuksi omana itsenään ja yksilönä.

Kuten opinnäytetyön teoriataustasta voidaan huomata, mielenterveys- ja syrjäytymiskysymykset ovat nyt ja tulevaisuudessa ajankohtaisia ja yhteiskunnallisesti ja yksilön tasolta tärkeitä aiheita: Samaan aikaan kun paineet leikata sosiaali-, terveys- ja koulutusmenoja kasvavat ja huoltosuhde vääristyy, myös hyvinvointi kärjistyy ja huonoimmin voivat nuoret voivat entistä huonommin ja uhkaavat jäädä yhteiskunnan tärkeiden toimintojen, kuten työn, koulutuksen ja perhe-elämän ulkopuolelle. Muun muassa näistä tekijöistä johtuen lisääntyy ennen kaikkea inhimillisen kärsimyksen määrä, mutta samalla syrjäytymisestä koituu yhteiskunnalle erittäin kallis lasku maksettavaksi. Miten kyetään pitämään palvelujärjestelmä saavutettavana ja tasa-arvoisena eri ihmisille eri puolilla Suomea, ja tarjoamaan silti ihmisille tasapuolisesti ja riittävästi heidän tarvitsemiaan palveluja? Miten tukea nuorten osallisuutta ja pitää mielenterveystyön resurssit ja mitoitus myös ammattilaisten kannalta inhimillisenä - samaan aikaan parantaa kustannustehokkuutta ja luoda säästöjä? Miten perinteinen ihmissuhde- ja vuorovaikutustyö mielenterveystyön kentällä muuttuu tai sopeutuu suhteessa teknologian kehitykseen, robotisaatioon ja automatisaatioon - ja ennen kaikkea; miten se vaikuttaa asiakkaiden ja nuorten palveluiden käyttäjien elämään? Mistä löydetään vaikuttava ja kustannustehokas hoitokeino näihin yhteiskunnallisiin haasteisiin, muistaen samalla jokaisen yksilön perusoikeudet ja tarpeet; oikeus inhimilliseen kohteluun, tasa-arvoon ja ihmisoikeuksiin, oikeus hyvään elämään ja yhteenkuuluvuuden tunteeseen, ja kokemukseen siitä, että on arvokas ja riittävän hyvä omana itsenään, juuri sellaisena kuin on?

Lähteet

Aalto-Setälä, Terhi – Marttunen, Mauri 2007. Nuoren psyykinen oireilu - häiriö vai normaalia kehitystä? Nuorisolääketiede. Duodecim 2007; 123: 207–208.

Becker, Kimberly – Boustani, Maya – Gellatly, Resham – Chorpita, Bruce 2018. Forty Years of Engagement Research in Children's Mental Health Services: Multidimensional Measurement and Practice Elements. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology 47 (1). 1–23.

Becker, MacKenzie – Christensen, Bruce – Cunningham, Charles – Furimsky, Ivana – Rimas, Heahter – Wilson, Fiona – Jeffs, Lisa – Bieling, Peter – Madsen, Victoria – Chen, Yvonne – Mielko, Stephanie – Zipursky, Robert 2016. Preferences for Early Intervention Mental Health services: A Discrete-Choice Conjoint Experiment. Psychiatric Services 67 (2): 184–191.

Buckingham, Sara – Brandt, Nicole – Becker, Kimberly – Gordon, Deb – Gammack, Nicole 2016. Collaboration, Empowerment, and Advocacy: Consumer Perspectives about Treatment Engagement. Journal of Child & Family Studies 25. 3702–3715.

Dunderfelt, Tony 2006. Elämänkaaripsykologia. Lapsen kasvusta yksilön henkiseen kehitykseen. Helsinki: WSOY.

Eräranta, Kirsi – Autio, Minna 2008. Johdanto. Polarisatio käsitteenä ja empiirisesti koeteltuna tutkimusteesinä. Teoksessa Autio, Minna – Eräranta, Kirsi – Myllyniemi, Sami (toim.) Polarisoituva nuoruus? Nuorisotutkimusverkosto: Helsinki.

Harju, Aaro 2004. Osallisuus. Kansalaisyhteiskunta. Verkkodokumentti. https://www.kansalaisyhteiskunta.fi/tietopalvelu/osallistuminen_ja_vaikuttaminen/aiemmat_artikkelit/osallisuus. Luettu 19.2.2018.

Helsingin kaupunki 2018. Lääkäriissä käynnit. Nuorten hyvinvointikertomus. Verkkodokumentti. <<http://www.nuortenhyvinvointikertomus.fi/indikaattorit/elama-ja-terveys/laakarissa-kaynnit>>. Luettu 22.2.2018.

Hoitotyön tutkimussäätiö (HOTUS) 2018. Näyttöön perustuva toiminta. Verkkodokumentti. <<http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta>> Luettu 22.2.2018.

Hult, Marja – Saaranen, Terhi – Pietilä, Anna-Maija 2017. Elämänlaadun ja elämän merkityksellisyyden kokemisen yhteydet työttömien työkykyyn. Hoitotiede 29 (2). 78–88.

Juvakka, Taru - Kylmä, Jari 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kangas, Olli 2012. Välskäri vaiko rauhaneuvottelija? Teoksessa Mikkola, Hennamari – Blomgren, Jenni – Hiilamo, Heikki (toim.) Kansallista vai paikallista? Kelan tutkimusosasto: Helsinki.

Kangasniemi, Mari – Utriainen, Kati – Ahonen, Sanna-Mari – Pietilä, Anna-Maija – Jääskeläinen, Petri – Liikanen, Eeva 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: Eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 25 (4): 291–301. 291–301.

Kettunen, Tarja – Kivinen, Tuula 2012. Osallisuus hoitotyön kehittämisen suunnannäyttäjänä. *Tutkiva hoitotyö* 10 (4). 40–42.

Kim, HyunSoo – Munson, Michelle – McKay, Mary 2012. Engagement in Mental Health Treatment Among Adolescents and Young Adults: A Systematic Review. *Child & Adolescent Social Work Journal* 2012 (29). 241–266.

Kuhanen, Carita – Oltinen, Pirkko – Kanerva, Anne – Seuri, Tarja – Schubert, Carla 2013. *Mielenterveyshoitotyö*. Helsinki: SanomaPro.

Kyngäs, Helvi – Elo, Satu – Pölkki, Tarja – Kääriäinen, Maria – Kanste, Outi 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23 (2). 138–148.

Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1). 3–12.

Lincoln, Yvonna – Guba, Egon 1985. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage.

Marttunen, Mauri – Karlsson, Linnea 2013. Nuoruus ja mielenterveys. Teoksessa Marttunen, Mauri – Huurre, Taina – Strandholm, Thea – Viialainen, Riitta (toim.): *Nuorten mielenterveyshäiriöt - opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print. 8.

McCann, Terence – Lubman, Dan 2012. Young people with depression and their satisfaction with the quality of care they receive from primary care youth mental service: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing* 21. 2179–2187.

Metropolia Ammattikorkeakoulu 2017. MOTIIVI - nuorten tulevaisuustyöskentelyn uudet menetelmät. Verkkodokumentti. <<http://www.metropolia.fi/palvelut/hankeyhteistyö/tutkimus-ja-kehityshankkeet/motiivi/>>. Luettu 22.9.2017.

Mielenterveyslaki 1116/1990. Annettu Helsingissä 01.01.1991.

Myrskylä, Pekka 2012. Hukassa – Keitä ovat syrjäytyneet nuoret? EVA-analyysi. Elinkeinoelämän Valtuuskunta. Verkkodokumentti. <<http://www.eva.fi/wp-content/uploads/2012/02/Syrjaytyminen.pdf>> Luettu 22.9.2017.

Mäkelä, Jukka 2015. Joustava kestävyys ja suojaavat tekijät. Diasarja. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<http://tuettu.fi/wp-content/uploads/Jukka-M%C3%A4kel%C3%A4-Reliensi.pdf>>. Luettu 3.10.2017.

Niela-Vilén, Hannakaisa – Hamari, Lotta 2016. Teoksessa Stolt, Minna – Axelin, Anna – Suhonen, Riitta (toim.) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja: sarja A73. Turun yliopisto. Turku: Juvenes Print.

Nuorisolaki 1285/2016. Annettu Helsingissä 01.01.2017.

Nurmi, Jari-Erik – Ahonen, Timo – Lyytinen, Heikki – Lyytinen, Paula – Pulkkinen, Lea – Ruoppila, Isto 2006. *Ihmisen psykologinen kehitys*. Helsinki: WSOY.

Paananen, Reija – Ristikari, Tiina – Merikukka, Marko – Rämö, Antti – Gissler, Mika 2012. Lasten ja nuorten hyvinvointi Kansallinen syntymäkohortti 1987 -tutkimusaineiston valossa, raportti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Park, Jane – Adams, Sally – Irwin Jr., Charles 2011. Health care services and the Transition to Young Adulthood; Challenges and Opportunities. *Academic Pediatrics* (11): 115–122.

Pekkarinen, Tuomas – Hämäläinen, Kari – Vuori, Jukka – Uusitalo, Roope – Välijärvi, Jouni – Huttunen, Kristiina – Wieland, Jan 2015. Syrjäytymisen estäminen: toimenpiteet ja mekanismit (PSE-konsortio), tilannekuvaraportti 2015. Suomen akatemia.

Pernaa, Minna 2014. Varhainen puuttuminen suojaa syrjäytymiseltä. Tesso, sosiaali- ja terveystieteellinen aikakauslehti. Verkkodokumentti. <<https://tesso.fi/artikkeli/varhainen-puuttuminen-suojaa-syrj-tyymiselt>>. Luettu 28.9.2017.

Pihlajamaa, Matti 2017. Nuoret YK:n asialistalla ja toimijoina. Yhdistyneet kansakunnat. Verkkodokumentti. <<http://yk.fi/node/489>>. Luettu 3.10.2017.

Rice, Simon – Purcell, Rosemary – McGorry, Patrick 2017. Adolescent and Young Adult Male Mental Health: Transforming System Failures Into Proactive Models of Engagement. *Journal of Adolescent Health* 62 (2018). S9–S17.

Rotko, Tuulia – Hannikainen-Ingman, Katri – Murto, Jukka – Kauppinen, Tapani – Mustonen, Niina 2014. Terveystieteen kaventaminen käytännössä - alueellinen yhteistyö avuksi. *Yhteiskuntapolitiikka* 79 (5). 92-98.

Rytkönen, Minna – Kaunisto, Merita – Pietilä, Anna-Maija 2016. Nuorten osallisuuden toteutumisen tasot sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa. *Tutkiva hoitotyö* 14 (4). 31-37.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62, julkisjohtaminen 4.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017. Syrjäytymisen ja köyhyyden ehkäiseminen. Verkkodokumentti. <<http://stm.fi/syrjaytyymisen-ja-koyhyiden-ehkaisy>>. Luettu 16.10.2017.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2018. Terveyskeskukset. Verkkodokumentti. <<http://stm.fi/terveyskeskukset>>. Luettu 22.2.2018.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2018b. Mielenterveyspalvelut. Verkkodokumentti. <<http://stm.fi/mielenterveyspalvelut>>. Luettu 27.2.2018.

Suhonen, Riitta – Axelin, Anna – Stolt, Minna 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Stolt, Minna – Axelin, Anna – Suhonen, Riitta (toim.) *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Turun yliopisto, hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja, sarja A73. Turku: Juvenes Print. 7–9.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Annettu Helsingissä 01.05.2011.

THL 2014a. Mielen hyvinvointi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/toimijat/terveyden-edistaminen-eri-toimialoilla/terveyden-ja-hyvinvoinnin-edistaminen-ammattillisessa-koulutuksessa/mielen-hyvinvointi>> Luettu 26.6.2017.

THL 2014b. Mielenterveyden häiriöiden ehkäisy. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/toimijat/terveyden>>

edistaminen-eri-toimialoilla/terveyden-ja-hyvinvoinnin-edistaminen-ammattillisessa-koulutuksessa/mielen-hyvinvointi/mielenterveyden-hairioiden-ehkaisy>. Luettu 9.10.2017

THL 2015a. Nuoret. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/elamankulku/nuoret>>. Luettu 3.10.2017.

THL 2016a. Syrjäytyminen ja syrjäytymisen riskitekijät. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tu-eksi/nuorten-syrjaytyminen/syrjaytyminen-ja-syrjaytymisen-riskitekijat>. Luettu 3.10.2017.

THL 2017a. Syrjäytyminen ja osallisuus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/talous-ja-politiikka/elinolot/syrjaytyminen-ja-osallisuus>>. Luettu 16.10.2017.

THL 2017b. Osallisuus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi/osallisuus>>. Luettu 15.10.2017.

THL 2017c. Perusterveydenhuolto. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/palvelujarjestelma/terveyspalvelut/perusterveydenhuolto>>. Luettu 22.2.2018

THL 2017d. Ennalta ehkäisevät palvelut. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/palvelujarjestelma/terveyspalvelut/ennaltaehkaisevat>. Luettu 22.2.2018.

THL 2018. Mielenterveyden häiriöiden ehkäisy. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/opiskelijoiden-mielenterveys/mielen-hyvinvoinnin-edistaminen-opilaitoksissa/mielenterveyden-hairioiden-ehkaisy>. Luettu 19.2.2018.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2008. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauseräilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012.

Tynjälä, Päivi 1991. Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. Teoksessa Kasvatus 22: 5-6. 387–398, 506.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2001. Terveidenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Sosiaali- ja terveysministeriö. ETENE-julkaisuja 1.

Ådnanes, Marian – Steihaug, Sissel 2016. "You Never Know What Happens Next" – Young Adult Service Users' Experience with Mental Health Care and Treatment through One Year. International Journal of Integrated Care 16(3): 5. 1–11.

Liite 1. Aineistohaun toteutuksen kuvaus

Tietokanta ja hakusanat	Kaikki tulokset	Poistettu otsikon perusteella	Poistettu abstraktin perusteella	Poistettu kokotekstin perusteella	Hyväksytään
PubMed					
Haku 22.2.2018 ((((young adult*[Title]) AND (services)) AND (participation[Title/Abstract] OR involvement[Title/Abstract] OR adherence[Title/Abstract] OR engagement[Title/Abstract])) AND mental*[Title/Abstract])	39	35	2	0	2
Haku TERKKO 20.2.2018 ((((young adult*[Title]) AND (primary care OR primary health care OR primary healthcare)) AND (participation[Title/Abstract] OR involvement[Title/Abstract] OR adherence[Title/Abstract] OR engagement[Title/Abstract])) AND mental*[Title/Abstract])	14	7	3	4	0
Psycinfo					
Haku 20.2.2018 (young adults and (primary care or primary health care)).af. and (participation or involvement or adherence or engagement).ti. and mental*.ti.	13	9	2	1	1
Haku 23.2.2018 ((young adults and (primary care or primary health care or primary healthcare)).af. and	57	50	4	2	1

(participation or involvement or adherence or engagement).ti.) not (HIV or AIDS).af. not (diabetes or kidney).af. not (disabled or disability).af. not medication.af.					
Cinahl					
<p>Haku TERKKO 20.2.2018</p> <p>(young adult* AND primary care or primary health care or primary healthcare AND participation or engagement or involvement or adherence AND mental*) AND (primary care or primary health care or primary healthcare) AND (participation or engagement or involvement or adherence) AND mental*</p> <p>rajaukset:</p> <ul style="list-style-type: none"> - academic journals - kieli: englanti - julkaisuvuodet 2010-2018 	173	160	11	1	1
<p>Haku 22.2.2018</p> <p>TI young adult* AND (service OR health service OR healthservice) AND TI (participation OR involvement OR adherence OR engagement)</p> <p>Narrow by SubjectAge: - all adult</p> <p>Narrow by SubjectAge: - adult: 19-44 years</p> <p>Narrow by SubjectAge: - adolescent: 13-18 years</p> <p>Hakukriteerit yllä. Lisäksi julkaisujen julkaisuaika 2008-2017</p>	27	20	4	3	1

Liite 2. Tutkimusten kuvailu

Käytetty tietokanta	Tarkoitus	Aineisto, sen keruu & analyysi	Keskeiset tulokset
Tutkimuksen otsikko, tutkimuksen tekijä(t), tutkimusvuosi, ja -paikka			
Pubmed			
<p>Haku 22.2.2018</p> <p>Adolescent and Young Adult Male Mental Health: Transforming System Failures Into Proactive Models of Engagement</p> <p>Simon M. Rice, Rosemary Purcell, Patrick D. McGorry</p> <p>Journal of Adolescent Health 2017</p>	<p>Tarkastelussa syntetisoidaan nuorten poikien ja nuorten aikuisten miesten mielenterveyden kannalta keskeisiä teemoja. Keskeisiä sosiaalisia tekijöitä käsitellään, mukaan lukien mielenterveyden lukutaito, itsemurha ja häpeä, maskuliinisuus, nosologia ja diagnoosi sekä palvelun käytön hyväksyttävyys.</p> <p>Tarkastelussa kehoitetaan keskittymään politiikan, teorian ja kohdennettujen toimien arvioimiseen väestön keskuudessa, mukaan lukien sukupuolisynkronoidut palvelumallien uudistukset ja henkilöstön koulutus, sekä e-terveyspalvelut.</p>	<p>Katsausartikkeli. Analysoitu ja tutkittu aiempaa kirjallisuutta ja tutkimuksia aiheesta.</p>	<p>Tytöt ja naiset ovat paremmin hoidon piirissä ja hakeutuvat todennäköisemmin hoitoon</p> <p>Nuorille (miehille) suunnattuja mielenterveyspalveluja pitäisi olla enemmän, sillä se lisäisi heidän hakeutumista ja sitoutumista mielenterveyspalveluihin.</p> <p>Mielenterveysongelmien juuret ovat todennäköisesti lapsuudessa ja nuoruudessa, esim. tunneköyhyys, tunteiden tunnistamattomuus ja syvällisten sosiaalisten suhteiden puute ovat yleisiä miehillä jotka heikentävät mielen-terveyttä</p> <p>Nuoret miehet etsivät mielenterveyteen apua todennäköisemmin sitoutuneelta, lämpimältä ja tukea-antavalta isähahmolta.</p> <p>Perheiden osallistaminen ja yhteistyö nuorten miesten kanssa, erityisesti isien osallistaminen olisi tarpeen hoitoon hakeutumisen ja -sitoutumisen vuoksi</p>

	Tätä tiedontarvetta ja muutostarvetta perustellaan sosiaalisten ja taloudellisten etujen saavuttamisella sekä nuorten ja nuorten aikuisten (erityisesti miesten) mielen-terveyden häiriöiden ja väkivallan riskin vähenemisellä.		
<p>Haku 22.2.2018</p> <p>"You Never Know What Happens Next" – Young Adult Service Users' Experience with Mental Health Care and Treatment through One Year</p> <p>Ådnanes Marian – Steihaug Sissel 2016 (Norja)</p> <p>International Journal of Integrated Care, 16(3): 5, pp. 1–11</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena on kerätä mielenterveyspalveluja käyttävien henkilöiden kokemuksia ja näkemyksiä hoidosta ja palveluista, keskit-tyen hoidon jatkuvuuteen tai -keskeytyksiin, jotka tapahtui-vat vuoden seurantajakson aikana</p>	<p>Tutkimuksessa seurattiin yhdeksää nuorta ai-kuista, joilla on mielen-terveyden ongelmia ja monimutkaisia palvelu-tarpeita. Jokaista osallis-tujaa haastateltiin vuo-den seurantajaksoilla neljä erillistä kertaa.</p> <p>Haastattelu toteutettiin puolistrukturoituna haas-tatteluna, johon valittiin 9 mielenterveyspalvelujen käyttäjää, joiden ikä vaih-teli 18 ja 30. ikävuoden välillä. Osallistujat rekry-toitiin terveydenhuollon ammattilaisten kautta, eri kunnallisten perustervey-denhuollon yksiköiden kautta tai mielenterveys-ongelmaisille nuorille ai-kuisille tarkoitettuna ylä-asteen kautta.</p>	<p>Tutkittavien kokemuksiin vaikuttivat siirrot ja muutokset eri palvelulaitosten, yksiköiden ja ammatinharjoittajien välillä, kun asiakkaiden tarpeena olisi ollut ennustettavat ja vakaat palvelut. Palvelujärjestelmän ja mielenterveys-palvelujen pirstaloituneisuutta ja hoidon jatkuvuuden on-gelmallisuutta kritisoitiin.</p> <p>Hyvä ja vakaa potilas-hoitaja-suhde koettiin erittäin hyö-dylliseksi, mutta se oli vaikeasti toteutettavissa. Tutkitta-vat kokivat tärkeäksi, että heidät nähtiin yksilöllisinä per-soonina, he tulivat ymmärretyiksi ja kunnioitetuiksi ja hei-dät otettiin vakavasti. Tutkittavien mielestä oli tärkeää, että heille tuli tunne, että hoitaja välittää heistä. Lisäksi luottamusta korostettiin. Tässäkin korostuu yksilöllisyy-den huomiointi - mitä juuri kyseinen potilas haluaa!</p> <p>Tutkimukseen osallistuvilla oli vahva halu ongelmien seli-tykselle, asianmukaiselle hoidolle ja hoidossa edistymi-selle, mutta tutkittavilla oli eri näkemyksiä diagnoosien hyödyllisyydestä.</p> <p>Jotkut tunsivat olonsa torjutuiksi yrittäessään kertoa tera-peutilleen traumastaan.</p>

			<p>Käyttäjien osallisuuden puute korostui tutkittavien kertomuksissa, kun he olisivat halunneet sitoutua ja osallistua tärkeään päätöksentekoon koskien hoitoa ja lääkitystä. Nuoret olisivat toivoneet voivansa vaikuttaa paremmin hoitoonsa ja sen suunnitteluun sekä saavansa paremmin informaatiota vaihtoehtoista ja tulevaisuudesta ja esimerkiksi lääkehoidosta. Potilaan osallisuuden ja sen toteutumisen on havaittu olevan yhteydessä hoidon jatkuvuuteen.</p> <p>Aiemmissa osallisuuden tutkimuksissa korostuu sekä potilaiden, että hoitajien näkökulmasta kunnioituksen, dialogisuuden ja jaetun päätöksenteon merkitys.</p>
Cinahl			
<p>Haku 20.2.2018</p> <p>Young people with depression and their satisfaction with the quality of care they receive from primary care youth mental service: a qualitative study.</p> <p>Terence V McCann & Dan I Lubman</p> <p>2012, Australia Melbourne.</p> <p>Julkaistu: Journal of Clinical Nursing</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata, kuinka tyytyväisiä masentuneet nuoret ovat saamaansa hoitoon. Hoitopaikkana on ollut perusterveydenhuollon palvelu, joka on suunnattu nuorille joilla on mielenterveyden ongelmia.</p>	<p>Laadullinen tulkitseva fenomenologinen analyysi.</p> <p>Aineistonkeruussa käytettiin yksilöllistä, puolistrukturoitua, syvällistä haastattelua, joka äänitettiin. Tutkimukseen osallistui 26 nuorta, keski-ikä 18 vuotta. Nuorilla oli hoitokontakti em. palveluihin ja heidät rekrytoitiin kyseisen paikan klinikkujen kautta. Haastattelut tehtiin maalissyyskuu aikavälillä vuonna 2009.</p>	<p>Tutkimuksen tuloksista ja nuorten tyytyväisyydestä hoitoonsa nousi esille kolme erillistä teemaa:</p> <p>Kliinikkoon/hoitajaan liittyvät ominaisuudet: ystävällinen ja nuori-lähtöinen, helposti lähestyttävä, tukea-antava, ymmärtävä ja ei-tuomitseva klinikka lisäsi nuorten tyytyväisyyttä hoitoon.</p> <p>Toisena esille nousseena tekijänä oli, että klinikot jotka olivat omaksuneet laajapohjaisia hoitomenetelmiä, havaitsivat että nuorten mielestä ensisijaisena käytettäviä hoitomuotoja olivat psykososiaaliset menetelmät, ja anti-depressiivisiä lääkkeitä käytettiin järkevästi.</p> <p>Kolmanneksi havaittiin, että klinikkujen nuorilähtöinen ja laaja-alainen lähestymistapa mahdollistaa terapeuttisen</p>

			dialogin nuoren kanssa, joka edistää masennuksesta toipumista. Toipuminen eli toisin sanoen hoidon onnistuminen taas lisäsi tyytyväisyyttä klinikkaan.
<p>Haku 22.2.2018</p> <p>Engagement in Mental Health Treatment Among Adolescents and Young Adults: A Systematic Review</p> <p>HyunSoo Kim, Michelle R. Munson, Mary M. McKay</p> <p>Child & Adolescent Social Work Journal (2012) 29:241–266</p>	<p>Tarkoituksena oli tarkastella empiirisiä todisteita nuorten, nuorten aikuisten ja heidän perheidensä mielenterveyspalveluihin sitoutumisen parantamiseen tähtäävien toimien vaikutuksista</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Tutkijat etsivät asiaankuuluvia tietokantoja, aikaisempia arviointoja ja suorittivat manuaalisia hakuja interventiotutkimuksiin (vuosirajaus 1988-2010), jotka täyttivät seuraavat kriteerit: (1) tutkittu sitoutuminen mielenterveyspalveluihin; (2) sisälsi vertailutilan; ja (3) keskittyy nuoriin ja / tai nuoriin aikuisia. Kaikkien raportoitujen tulosten vaikutuskoot laskettiin. Kolme toista tutkimusta täyttivät kriteerit.</p>	<p>Tuloksia tarkasteltiin kolmelta eri hoitoon sitoutumisen tasolta: yksilötasolta, perhetasolta ja palvelun toimittamisen tasolta.</p> <p>Yksilöntason sitoutumista lisäävät toimenpiteet liittyivät käyttäytymisen muutokseen tai terveystoimintamalleihin. Palveluntarjoajien antama positiivinen vahvistus sitoutumisen ylläpitämisestä lisäsi toivottua käyttäytymistä. Muistutustoimenpiteillä on havaittu olevan positiivisia vaikutuksia hoitoon sitoutumiseen, esimerkiksi kirje- tai puhelimuistutus ensimmäisten käyntien yhteydessä lisäsi palveluun osallistumista ja palvelun käyttöä.</p> <p>Perhetason sitoutumista tutkittaessa kaksi tutkimusta kuudesta hyödynsi Strategic Structural Systems Engagement (SSSE) toimintamallia, joka pohjautuu strategiaan ja strukturoidun perhesysteemin teoriaan. Tämän intervention käytöllä oli vaikutusta ensikäyntiin sitoutumiseen, mutta ei erityisen suurta vaikutusta tarkasteltaessa pitkän aikavälin jaksoa.</p> <p>Lisäksi kaksi tutkimusta tutki 30 minuutin puhelinhaastattelun vaikutusta perheen hoitoon sitoutumiseen, lisäksi vertailuna tutkittiin puhelinhaastattelua ja ensihaastattelua. Etukäteen toteutetun puhelinhaastattelun havaittiin lisäävän sitoutumista ensikäyntiin, mutta pidemmällä aikavälillä sillä ei ollut suurta vaikutusta.</p> <p>Lisäksi tutkittiin vanhempiin keskittyneen läsnäolo -intervention ja intensiivisen vanhemman ja nuoren läsnäolon</p>

			<p>-intervention vaikutuksia hoitoon sitoutumiseen. Molemissa vanhemmat saivat kertoa omista huolistaan ja saivat tietoa hoito-ohjelman hyödyistä. Lisäksi nuori osallistui tapaamisiin, hän sai motivoivia muistutuspuheluja liittyen tapaamiseen ja palkintoja hyvästä osallistumisesta (esim. suosirutkirjeitä tuomioistuimelle oikeudenkäyntiä varten, jossa kuvattiin nuoren täsmällisyyttä.)</p> <p>Muistutus tapaamisesta (viesti, puhelu, kirje) lisää todennäköisyyttä osallistua ensikäyntiin, ei näyttöä pitkän aikavälin hoitoon sitoutumisesta.</p> <p>Perhe-tason tutkimusten yhteenvetona voidaan nähdä, että tarvitaan erilaisia strategisia, strukturoituja ja systemoituja interventioita, joilla perheen vuorovaikutusta voidaan parantaa ja perheen toimintaa yhtenäistää. Hoidon tarjoajien on tärkeää yrittää nähdä perhe yhtenä osana asiakkaan hoitotiimiä, eikä asiakkaan mielenterveys- tai päihdeongelman lähteenä. Myös mahdollisen puolison ottaminen hoitoon on tärkeää, ja tärkeä huomioida puolison arvoista ja motiiveista hoitoon.</p> <p>Palvelun toimittamisen tasolta katsottuna tuloksena on, että ammatinharjoittajilla ja palveluntarjoajaorganisaatioilla on ensisijainen vastuu hoitoon sitoutumisen prosessissa. Lisäksi hoitoon loppuun saattamisen todennäköisyyttä lisää terapeuttisten sitoutumistrategioiden koulutus henkilöstölle sekä yksilöllisen palveluohjauksen tarjoaminen asiakkaille. Lisäksi asiakkaan ja perheen historiallisella ja yksilöllisellä kehitysasteella on vaikutusta; nuoremmille perhe- ja ryhmämuotoiset interventiot olivat tehokkaampia, kuin taas nuorilla aikuisilla yksilölähtöiset hoitomenetelmät olivat tehokkaampia.</p>
--	--	--	--

Psycinfo			
<p>Haku 20.2.2018</p> <p>Forty Years of Engagement Research in Children's Mental Health Services: Multidimensional Measurement and Practice Elements</p> <p>Kimberly D. Becker, Maya Boustani, Resham Gellatly & Bruce F. Chorpita</p> <p>Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology</p>	<p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli syntetisoida hoitoon sitoutumisesta tehtyä aikaisempaa kirjallisuutta ja tutkimuksia, käyttäen moniulotteista mittauskehystä sellaisen käytännön elementtien tunnistamiseksi, jotka liittyvät parempaan hoitoon sitoutumiseen.</p>	<p>Tutkimus käsittää 50 satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta, jotka koskivat hoitamista vuosina 1974 - 2016 julkaistuissa nuorten mielenterveyspalveluissa. Tutkimukseen valitun aineiston kohdehenkilöiden ikäkauma vaihteli 0. ja 21. ikävuoden välillä.</p> <p>Tutkimuksessa käytettiin moniulotteista mittauskehystä, joka sisältää viisi sitoutumisaluetta: Suhde (esim. terapeutin suhde) Odotus (esim. uskomukset, että hoito on hyödyllistä ja että henkilöt voivat osallistua hoitoon onnistuneesti) Läsnäolo (esim. läsnäolo hoidon aikana) Selkeys (esimerkiksi ymmärrys hoidon käsitteistä tai hoidossa mukana olevien henkilöiden rooleista) Kotitehtävä, joka heijastaa useita sitoutumis-</p>	<p>Tehokkaimpina käytännön hoitointerventioina ja merkityksellisimpinä käytännön elementteinä ajatellen lasten, nuorten ja nuorten aikuisten mielenterveyspalveluihin ja hoitoon sitoutumista tämän tutkimusaineiston perusteella voidaan nähdä olevan:</p> <p>Arviointi (35/51 tutkimusta) psykoedukaatio (34/51 tutkimusta), palveluiden saavutettavuuden edistäminen (25/51 tutkimusta), hoidon esteet [esim. konkreettiset esteet, tai esimerkiksi sosiaalinen stigma, terapeutin yhteensopimattomuus asiakkaan kanssa. Tärkeää oli myös esteiden puheeksiotto ja yhdessä pohtiminen, miten niistä selvittää] (23/51 tutkimusta), tavoitteiden asettaminen (22 / 51 tutkimusta), kotitehtävät [taitojen hankkiminen ja yleistäminen istuntojen ulkopuolella] (18/51 tutkimusta) ja terapeutin seuranta [valvonta ja seuranta kotitehtävien tekemisessä] (16/51 tutkimusta).</p>

		osallistumismalleja (esim. kotitehtävien suorittaminen, istuntojen osallistuminen). Englanniksi tämä malli lyhennettiin termillä REACH.	
<p>Haku 23.2.2018</p> <p>Collaboration, Empowerment, and Advocacy: Consumer Perspectives about Treatment Engagement</p> <p>Sara L. Buckingham, Nicole Evangelista Brandt, Kimberly D. Becker, Deb Gordon, Nicole Cammack.</p> <p>Journal of Child & Family Studies 2016</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata:</p> <p>Nuorten ja hoitajien näkökulmia tavoitteellisesta ja tosiasiallisesta sitoutumisesta mielenterveyspalveluihin suhteessa nykyisiin teoreettisiin malleihin</p> <p>Esteitä, jotka yhdessä ja yksittäin estävät nuorten ja hoitajien tavoitteellista sitoutumista mielenterveyspalveluihin</p> <p>Strategioita, joita nuoret ja hoitajat suosittelevat mielenterveyspalvelujen tarjoajille ja virastoille, joilla voidaan vähentää näitä em. esteitä ja keinoja lisätä sitoutumista palveluun.</p>	<p>Neljä otosryhmää tehtiin 20 hoitajien (24-75-vuotiaiden) ja 11 nuorten ja nuorten aikuisten (15-23-vuotiaiden) kesken. Kaikki osallistujat olivat tällä hetkellä tai aiemmin ilmoittautuneet lasten mielenterveyspalveluihin</p> <p>Osallistujat kerättiin tutkimukseen sähköpostiviestien kautta, joita lähetti yksi voittoja tavoittelematon organisaatio, joka tukee lasten ja nuorten mielenterveystyötä.</p> <p>Tutkimus suoritettiin ryhmähaastatteluina/keskusteluina jotka äänitettiin ja keskustelijoiden kehollisesta viestinnästä ja eleistä tehtiin muistiinpanoja.</p>	<p>Hoitajat ja erityisesti nuoret olivat sitä mieltä, että pelkkä hoidossa läsnäolo ei takaa hoitoon sitoutumista (esim. nuoret voivat käydä terapiassa ohjelman vaatimuksesta tai hoitajan pyynnöstä, eivät omasta aloitteestaan).</p> <p>Nuoret ja hoitajat kokivat sitoutumiseen eniten vaikuttaviksi tekijöiksi asenteellisen sitoutumisen (kognitiivinen valmius muutoksen) sekä käyttäytymisellisen sitoutumisen (avoin tiedon jakaminen ammattilaisten kanssa ja sitoutuminen hoitosuositukseen).</p> <p>Suositus; sitoutumista mitattava useilla eri keinoilla, itsearviointi ja avoimet haastattelut. Lisäksi nuoren hoito-ohjeiden noudattamatta jättäminen voi olla merkki siitä, että nuori haluaa muutosta hoitoonsa.</p> <p>Palveluntarjoajien olisi käytettävä perhekeskeistä ja voimavaralähtöistä hoito-otetta, jolla saadaan paras hyöty hoitoon sitoutumiseen.</p> <p>Hoitajan toimiminen asiakkaan asianajajana yhdistettynä avoimeen hoitosuhteeseen, voi helpottaa hoidossa etenemistä.</p> <p>Asianajajuuden toimivuuden tehostamiseksi palveluntarjoajien olisi autettava perheitä hoidon alusta lähtien ja</p>

		<p>Tiedot analysoitiin konsensuaalisten ja kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien avulla.</p> <p>CQR (consensual qualitative research) perustuu konstruktivistiseen ja kvalitatiiviseen tutkimusmenetelmiin, ja painottaa tutkijoiden yhteisymmärrystä tutkimustulosten yhtenäisyydestä. Aineisto analysoitiin tällä menetelmällä ja ulkoinen tarkastaja valvoi analysointiprosessia.</p>	<p>kannustettava siihen, että perheet voivat toimia yhteistyössä palveluntarjoajien kanssa eikä heitä vastaan.</p> <p>Perheiden kokemat laajimmat esteet hoitoon sitoutumiselle olivat palveluntarjoajille yhteisiä suuria asioita, jotka ovat mahdollista muuttaa organisaatioiden ja virastojen toimintaa muuttamalla (ei siis yksittäisten henkilöiden syytä)</p> <p>Myös yksilöllisempiä esteitä hoitoon sitoutumiselle raportointiin; hoitajat ilmoittivat käytännön esteistä, mutta nuoret raportoivat asenteellisista esteistä, kuten sosiaalisista normeista ja luottamuspulasta</p> <p>Perheet suosittelivat hoitoon sitoutumisen parantamiseksi terapeutin suhteen ja luottamuksen parantamista</p> <p>Perheet näkivät tärkeäksi hoitoon sitoutumisen strategiseksi myös psykoedukaation käytön, mutta harvat hoitohenkilökunnan edustajat ilmoittivat käyttävänsä tätä. Psykoedukaatio on myös yksi yleisimmistä sitouttamisen keinoista empiirisessä kirjallisuudessa.</p> <p>Voimaannuttava, perhekeskeinen lähestymistapa hoitoon on paras tapa ohittaa perheiden kohtaamat käytäytymiseen ja asenteisiin liittyvät hoidon esteet.</p> <p>Nuoriso- ja perhelähtöinen ohjaustapa on yhteneväinen tutkijoiden ja lääkärin suositusten, mielenterveyspalvelujen käyttäjien itsensä, sekä lasten ja perheiden mielen-terveyttä edistävien järjestöjen kantoihin.</p>
--	--	---	--

Liite 3. Tulosten testaaminen osallisuuden kolmiosaiseen malliin

Tietokanta ja hakupäivä Tutkimus	Keskeiset löydökset tutkimuksessa	Osallisuuden osa: Having Aineelliset resurssit	Osallisuuden osa: Acting Aktiivinen toimijuus ja päätöksenteko liittyen omaan elämään	Osallisuuden osa: Belonging Sosiaalisesti merkitykselliset ja tärkeät suhteet, jäsenyys erilaisiin ryhmiin
<p>PubMed 22.2.2018</p> <p>Adolescent and Young Adult Male Mental Health: Transforming System Failures Into Proactive Models of Engagement</p> <p>Simon M. Rice, Rosemary Purcell, Patrick D. McGorry</p> <p>Journal of Adolescent Health 2017</p>	<p>Nuoret miehet voivat olla paremmin palvelujen tavoitettavissa, jos niitä tarjotaan esimerkiksi e-palvelujen muodossa internetissä (vs. perinteiset klinikkapalvelut)</p> <p>Nuorille (miehille) suunnattuja mielenterveyspalveluja pitäisi olla enemmän, sillä se lisäisi heidän hakeutumista ja sitoutumista mt-palveluihin. (vrt. tytöt ja naiset ovat hoidon piirissä ja hakeutuvat hoitoon todennäköisemmin)</p> <p>Nuoret miehet etsivät mielenterveydellisiin kysymyksiin apua todennäköisemmin sitoutuneelta, lämpimältä ja tukea-antavalta isähahmolta.</p> <p>Perheiden osallistaminen ja yhteistyö nuorten miesten kanssa, erityi-</p>	<p>Sukupuolisensitiiviset palvelut, jotka huomioivat paremmin sukupuolierot (tämä on vaikuttava tekijä mielenterveysongelmien ilmene- misessä)</p> <p>Verkossa saatavilla olevien ja teknologiaperusteisten palvelujen parempi saatavuus ja hyödynnettävyys</p>	<p>Nuoret miehet etsivät mielenterveydellisiin kysymyksiin apua todennäköisemmin sitoutuneelta, lämpimältä ja tukea-antavalta isähahmolta.</p> <p>Miehille on tärkeää tuntea olevansa päteviä, vapaita tuomitsevuudesta.</p>	<p>Perheiden parempi osallistaminen ja yhteistyö miesten (erityisesti isien) kanssa, parantaisi sitoutumista ja hoitoon hakeutumista</p> <p>Miehet kokivat tärkeiksi vertaistuen saatavuuden</p> <p>Miehet kokivat, että hoitoympäristön on tärkeä keskittyä vahvuuksiin ja voimavarojen tukemiseen puutokseen keskittymisen sijaan.</p>

	sesti isien osallistaminen olisi tarpeen hoitoon hakeutumisen ja -sitoutumisen vuoksi			
<p>PubMed 22.2.2018</p> <p>"You Never Know What Happens Next" – Young Adult Service Users' Experience with Mental Health Care and Treatment through One Year</p> <p>Ådnanes Marian – Steihaug Sissel 2016 (Norja)</p> <p>International Journal of Integrated Care, 16(3): 5, pp. 1–11</p>	<p>Ongelmaksi todettiin palvelujärjestelmän ja mielenterveyspalvelujen pirstaloituneisuus ja hoidon jatkuvuuden epävarmuus</p> <p>Hyvä ja vakaa potilas-hoitajasuhde koettiin tärkeäksi</p> <p>Vastaajien mielestä oli tärkeää että heidät nähtiin yksilöllisinä persoonina</p> <p>Tärkeää tulla ymmärretyksi</p> <p>Tärkeää tulla kunnioitetuksi ja vakavasti otetuksi</p> <p>Luottamus on tärkeä asiakassuhteessa</p> <p>Asiakkaat kokivat tärkeäksi, että heille tuli tunne, että hoitaja aidosti välittää heistä</p> <p>Nuoret toivoivat voivansa vaikuttaa paremmin hoitoonsa ja osallistua päätöksentekoon</p>	<p>Mielenterveyspalvelujen ja palvelujärjestelmän pirstaloituneisuus ja hoidon jatkuvuuden epävarmuus - voi vaikuttaa negatiivisesti osallisuuteen ja hoidon jatkuvuuteen</p>	<p>Nuoret toivoivat voivansa vaikuttaa paremmin hoitoonsa ja osallistua päätöksentekoon</p> <p>Nuoret halusivat paremmin ja enemmän tietoa tulevaisuudesta, eri hoitovaihtoehtoista ja mahdollisuuksista sekä tietoa lääkähoidosta</p> <p>Potilaan osallisuuden ja osallisuuden toteutumisen on havaittu olevan yhteydessä hoidon jatkuvuuteen</p>	<p>Hyvä ja vakaa potilas-hoitajasuhde</p> <p>Asiakkaat kokivat tärkeäksi, että heille tuli tunne, että hoitaja aidosti välittää heistä</p> <p>Tärkeää tulla ymmärretyksi</p> <p>Tärkeää tulla kunnioitetuksi ja vakavasti otetuksi</p> <p>Luottamus on tärkeä asiakassuhteessa</p> <p>Vastaajien mielestä oli tärkeää että heidät nähtiin yksilöllisinä persoonina</p>

	<p>Nuoret halusivat paremmin ja enemmän tietoa tulevaisuudesta, eri hoitovaihtoehtoista ja mahdollisuuksista sekä tietoa lääkehoidosta</p> <p>Potilaan osallisuuden ja osallisuuden toteutumisen on havaittu olevan yhteydessä hoidon jatkuvuuteen</p>			
<p>Cinahl 20.2.2018</p> <p>Young people with depression and their satisfaction with the quality of care they receive from primary care youth mental service: a qualitative study.</p> <p>Terence V McCann & Dan I Lubman</p> <p>2012, Australia Melbourne.</p> <p>Julkaistu: Journal of Clinical Nursing</p>	<p>Nuorten mielestä ensisijaisena hoitomuotona tuli käyttää psykokososiaalisia auttamismenetelmiä, ja antidepressiivisiä lääkkeitä tuli käyttää harkinnan mukaan</p> <p>Hyväksi hoitajan käyttämiksi hoitomenetelmiksi havaittiin eri hoito-, ohjaus ja terapeuttisten otteiden yhdistelmää, eli neuvontaa ja ohjausta, kuuntelua, tilan antamista nuorelle, hyväksynnän ilmaisua ja rohkaisua puhumaan</p> <p>Kliinikkujen nuorilähtöinen ja laa- ja-alainen lähestymistapa mahdollistaa terapeuttisen dialogin nuoren kanssa, joka edistää masennuksesta toipumista. Toipuminen eli toisin sanoen hoidon onnistuminen taas lisäsi tyytyväisyyttä klinikkoon.</p>	<p>Ensisijaisena hoitomuotona tuli käyttää psykokososiaalisia auttamismenetelmiä</p> <p>Antidepressiivisiä lääkkeitä tuli käyttää harkinnan mukaan</p> <p>Hyväksi hoitomenetelmiksi havaittiin eri hoito-, ohjaus ja terapeuttisten otteiden yhdistelmää, eli neuvontaa ja ohjausta, kuuntelua, tilan antamista nuorelle, hyväksynnän ilmaisua ja rohkaisua puhumaan</p>	<p>Tyytyväisyys hoitoon vähensi riskiä jättää hoito kesken ja hakeutua myöhemmin uudelleen hoidon piiriin</p>	<p>Klinikkoon/hoitajaan liittyvät hoitoon tyytyväisyyttä lisäävät ominaisuudet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ystävällinen ja nuori-lähtöinen - helposti lähestytävää - tukea-antava - ymmärtävä ja ei-tuomitseva <p>Jos nuori antoi suostumuksensa, perheenjäseniä osallistettiin hoitoon ja heidät huomiottiin hoidossa</p> <p>Kliinikkujen nuorilähtöinen ja laa- ja-alainen lähestymistapa mahdollistaa terapeuttisen dialogin nuoren kanssa, joka edistää masennuksesta</p>

	<p>Kliinikkoon/hoitajaan liittyvät ominaisuudet: ystävällinen ja nuori-lähtöinen, helposti lähestyttävä, tukea-antava, ymmärtävä ja ei-tuomitseva klinikko lisäsi nuorten tyytyväisyyttä hoitoon.</p> <p>Jos nuori antoi suostumuksensa, perheenjäseniä osallistettiin hoitoon jonka nuoret kokivat hyväksi asiaksi.</p>			toipumista. Toipuminen eli toisin sanoen hoidon onnistuminen taas lisäsi tyytyväisyyttä klinikkoon.
<p>Cinahl 22.2.2018</p> <p>Engagement in Mental Health Treatment Among Adolescents and Young Adults: A Systematic Review</p> <p>HyunSoo Kim, Michelle R. Munson, Mary M. McKay</p> <p>Child & Adolescent Social Work Journal (2012) 29:241–266</p>	<p>Hoitoon sitoutumista lisää hoitohenkilöstön lisäkoulutus terapeuttisista sitoutumisstrategioista</p> <p>Hoitoon sitoutumista lisäsi yksilöllisen palveluohjauksen tarjoaminen asiakkaille</p> <p>Yksilötasolla palveluun sitoutumista lisäsi lyhyellä aikavälillä muistutus hoidosta/käynnistä, esimerkiksi tekstiviestillä tai kirjeellä</p> <p>Asiakkaan yksilöllisellä tilanteella oli vaikutusta hoitoon sitoutumiseen: nuoremmille perhe- ja ryhmämuotoiset interventiot olivat tehokkaampia, kuin taas nuorilla aikuisilla yksilöllähtöiset hoitomenetelmät olivat tehokkaampia.</p>	<p>Hoitoon sitoutumista lisää hoitohenkilöstön lisäkoulutus terapeuttisista sitoutumisstrategioista</p> <p>Hoitoon sitoutumista lisäsi yksilöllisen palveluohjauksen tarjoaminen asiakkaille</p> <p>Yksilötasolla palveluun sitoutumista lisäsi lyhyellä aikavälillä muistutus hoidosta/käynnistä, esimerkiksi tekstiviestillä tai kirjeellä</p>	<p>Asiakkaan yksilöllisellä tilanteella oli vaikutusta hoitoon sitoutumiseen: nuoremmille perhe- ja ryhmämuotoiset interventiot olivat tehokkaampia, kuin taas nuorilla aikuisilla yksilöllähtöiset hoitomenetelmät olivat tehokkaampia.</p>	<p>Hoidon tarjoajien on tärkeä yrittää nähdä perhe yhtenä osana asiakkaan hoitotiimiä, eikä asiakkaan mielenterveys- tai päihdeongelman lähteenä.</p> <p>Myös mahdollisen puolison ottaminen hoitoon on tärkeää, ja tärkeä huomioida puolison arvot ja motiivit hoitoon.</p>

	<p>Hoidon tarjoajien on tärkeä yrittää nähdä perhe yhtenä osana asiakkaan hoitotiimiä, eikä asiakkaan mielenterveys- tai päihdeongelman lähteenä.</p> <p>Myös mahdollisen puolison ottaminen hoitoon on tärkeää, ja tärkeä huomioida puolison arvot ja motiivit hoitoon.</p>			
<p>Psycinfo 20.2.2018</p> <p>Forty Years of Engagement Research in Children's Mental Health Services: Multidimensional Measurement and Practice Elements</p> <p>Kimberly D. Becker, Maya Boustani, Resham Gelatly & Bruce F. Chorpita</p> <p>Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology</p>	<p>Tehokkaimpina käytännön hoitointerventioina ja merkityksellisimpinä käytännön elementteinä ajatellen lasten, nuorten ja nuorten aikuisten mielenterveyspalveluihin ja hoitoon sitoutumista tämän tutkimusaineiston perusteella (51 tutkimusta) voidaan nähdä olevan: Arviointi (35/51 tutkimusta) psykoedukaatio (34/51 tutkimusta), palveluiden saavutettavuuden edistäminen (25/51 tutkimusta), hoidon esteet (23/51 tutkimusta), tavoitteiden asettaminen (22 / 51 tutkimusta), kotitehtävät (18/51 tutkimusta) ja terapeutin seuranta (16/51 tutkimusta).</p>	<p>Palveluiden saavutettavuuden edistäminen (esim. tukeminen matkakuluissa)</p> <p>Arviointi (tiedon kerääminen asiakkaan tarpeista ja vahvuuksista, haastatteluin, kyselyin, tarkkailuin ym.)</p> <p>Psykoedukaatio</p> <p>Hoidon esteet (fyysiset esteet, aikatauluesteet, hoitoon kulkeminen/matkustaminen)</p>	<p>Tavoitteiden asettaminen</p> <p>Kotitehtävät (taitojen hankkiminen ja yleistäminen hoitoistuntojen ulkopuolella)</p>	<p>Terapeutin valvonta tai seuranta (kotitehtävien osalta, hoitoprosessin eteneminen, läsnäolo istunnoissa)</p> <p>Hoidon esteet (aikaisemmat huonot kokemukset, sosiaalinen stigma)</p>

<p>Psycinfo 23.2.2018</p> <p>Collaboration, Empowerment, and Advocacy: Consumer Perspectives about Treatment Engagement</p> <p>Sara L. Buckingham, Nicole Evangelista Brandt, Kimberly D. Becker, Deb Gordon, Nicole Cammack.</p> <p>Journal of Child & Family Studies 2016</p>	<p>Nuoret ja hoitajat kokivat sitoutumiseen eniten vaikuttaviksi tekijöiksi asenteellisen sitoutumisen (kognitiivinen valmius muutoksen) sekä käyttäytymisellisen sitoutumisen (avoin tiedon jakaminen ammattilaisten kanssa ja sitoutuminen hoito-suosi-tuksiin).</p> <p>Sitoutumista mitattava useilla eri keinoilla, itsearviointi ja avoimet haastattelut.</p> <p>Palveluntarjoajien olisi käytettävä perhekeskeistä ja voimavaralähtöistä hoito-otetta, jolla saadaan paras hyöty hoitoon sitoutumiseen.</p> <p>Hoitajan toimiminen asiakkaan asianajajana yhdistettynä avoimeen hoitosuhteeseen, voi helpottaa hoidossa etenemistä.</p> <p>Asianajajuuden toimivuuden tehostamiseksi palveluntarjoajien olisi autettava perheitä hoidon alusta lähtien ja kannustettava siihen, että perheet voivat toimia yhteistyössä palveluntarjoajien kanssa eikä heitä vastaan.</p> <p>Perheiden kokemat laajimmat esteet hoitoon sitoutumiselle olivat palveluntarjoajille yhteisiä suuria asioita, jotka</p>	<p>Hoidon rakenteelliset esteet (ja niiden purkaminen)</p> <p>Hoitoon sitoutumista on mitattava useilla eri keinoilla</p> <p>Psykoedukaation käyttö yhtenä hoitointerventiona</p>	<p>Nuoren oma asenteellinen sitoutuminen (kognitiivinen valmius muutokseen)</p> <p>Nuoren käyttäytymisellinen sisoutuminen (avoin tiedon jakaminen, sitoutuminen hoitosuosi-tuksiin)</p>	<p>Ammattilaisen perhekeskeinen työote</p> <p>Perheen osallistaminen ja yhdistäminen hoitoon sekä perheen sisäisen vuorovaikutuksen tukeminen</p> <p>Hoidon asenteelliset esteet (sosiaaliset normit, luottamuspula)</p> <p>Avoin ja luottamuksellinen hoitosuhde</p> <p>Hoitaja toimii potilaan asianajajana</p> <p>Voimavaralähtöisyys</p>
---	--	---	--	--

	<p>ovat mahdollista muuttaa organisaatioiden ja virastojen toimintaa muuttamalla (ei siis yksittäisten henkilöiden syytä)</p> <p>Myös yksilöllisempiä esteitä hoitoon sitoutumiselle raportointiin; hoitajat ilmoittivat käytännön esteistä, mutta nuoret raportoivat asenteellisista esteistä, kuten sosiaalisista normeista ja luottamuspulasta</p> <p>Perheet suosittelivat hoitoon sitoutumisen parantamiseksi terapeutin suhteen ja luottamuksen parantamista</p> <p>Perheet näkivät tärkeäksi hoitoon sitoutumisen strategiaksi myös psykoedukaation käytön, mutta harvat hoitohenkilökunnan edustajat ilmoittivat käyttävän-sä tätä.</p> <p>Voimaannuttava, perhekeskeinen lähestymistapa hoitoon on paras tapa ohittaa perheiden kohtaamat käytäymiseen ja asenteisiin liittyvät hoidon esteet.</p> <p>Nuoriso- ja perhelähtöinen ohjaustapa on yhteneväinen tutkijoiden ja lääkärin suositusten, mielenterveyspalvelujen käyttäjien itsensä, sekä</p>			
--	--	--	--	--

	lasten ja perheiden mielenterveyttä edistävien järjestöjen kantoihin.			
--	--	--	--	--